



## **PSICOSIS INFANTIL, LA REALIDAD QUE PERTURBA EL DESARROLLO. A PROPÓSITO DE UN CASO**

Pastorelli RV, Bañón Gonzáles SM, García Sánchez F, Ruiz de la Hermosa Gutiérrez L

Hospital Universitario de Móstoles

[rominapastorelli@hotmail.com](mailto:rominapastorelli@hotmail.com)

### **RESUMEN**

Se define psicóticos a aquellos niños que continúan anclados en un estadio afectivo e intelectual que Piaget denominaba mágicoanimista o intuitivo-simbólico, donde el pensamiento y el razonamiento se rigen por mecanismos prelógicos, sin poder distinguir su realidad interna (fantasmas y fantasías) y externa, vivenciando sus miedos como realidades que afectan su desarrollo y personalidad. El término psicosis infantil ha abarcado un amplio número de trastornos que en los últimos veinte años se han ido diferenciando en dos grupos. Uno comienza en los primeros años de vida, y cursa con anomalías en el de desarrollo del niño, llamados a partir del DSM III, trastornos generalizados del desarrollo (TGD) y su prototipo es el autismo infantil precoz (AIP). En el segundo grupo los síntomas comienzan en la edad escolar o adolescencia y su prototipo sería la esquizofrenia infantil (EI), con síntomas similares a los del adulto. En la EI se diferencian la esquizofrenia de inicio precoz (EIP), de comienzo antes de los 18 años, y la de inicio muy precoz (EIMP), antes de los 13 años. Los síntomas psicóticos propios de la fase aguda aumentan con la edad y CI del paciente, cambiando contenido, complejidad, lo que supone sufrimientos y costos tanto psicológicos (individuales y familiares) como sociales. A propósito de un caso se analizan las características de los síndromes psicóticos en la infancia, tendiendo presente tanto el diagnóstico diferencial con un variado número de procesos como la importancia de abordajes integrales de forma precoz.

# **PSICOSIS INFANTIL, LA REALIDAD QUE PERTURBA EL DESARROLLO. A PROPÓSITO DE UN CASO**

## **INTRODUCCION**

Se define psicóticos a aquellos niños que continúan anclados en un estadio afectivo e intelectual que Piaget denominaba mágicoanimista o intuitivo-simbólico, donde el pensamiento y el razonamiento se rigen por mecanismos prelógicos, sin poder distinguir su realidad interna (fantasmas y fantasías) y externa, vivenciando sus miedos como realidades que afectan su desarrollo y personalidad. El término psicosis infantil ha abarcado un amplio número de trastornos que en los últimos veinte años se han ido diferenciando en dos grupos. Uno comienza en los primeros años de vida, y cursa con anomalías en el de desarrollo del niño, llamados a partir del DSM III, trastornos generalizados del desarrollo (TGD) y su prototipo es el autismo infantil precoz (AIP). En el segundo grupo los síntomas comienzan en la edad escolar o adolescencia y su prototipo sería la esquizofrenia infantil (EI), con síntomas similares a los del adulto. En la EI se diferencian la esquizofrenia de inicio precoz (EIP), de comienzo antes de los 18 años, y la de inicio muy precoz (EIMP), antes de los 13 años. Los síntomas psicóticos propios de la fase aguda aumentan con la edad y CI del paciente, cambiando contenido, complejidad, lo que supone sufrimientos y costos tanto psicológicos (individuales y familiares) como sociales. A propósito de un caso se analizan las características de los síndromes psicóticos en la infancia, tendiendo presente tanto el diagnóstico diferencial con un variado número de procesos como la importancia de abordajes integrales de forma precoz.

## **CASO CLINICO**

### **Motivo de consulta**

Paciente mujer de 14 años que acude a consulta por primera vez en este centro el 12/04/2014 acompañada de sus padres solicitando valoración psiquiátrica por dificultades relacionales.

### **Antecedentes personales**

#### Somáticos

NAMC

No otros antecedentes medico quirúrgicos de interés.

Infancia: Embarazo normal, parto por cesárea ausencia de contracciones (44 semanas), puerperio en observación una semana, al parecer por un proceso infeccioso, que los padres no saben los padres especificar. Peso: 3800 kg.

Desarrollo psicomotor sin particularidades. Acudió a guardería desde los dos años con buena adaptación.

Alimentación: lactancia materna hasta los 4 meses, buena tolerancia a las comidas.

Sueño: miedo a la oscuridad, pesadillas, desde la infancia hasta la actualidad, duerme con las persianas cerradas y una muñeca.

# **PSICOSIS INFANTIL, LA REALIDAD QUE PERTURBA EL DESARROLLO. A PROPÓSITO DE UN CASO**

## Biográficos

Natural de Madrid. Vive con sus padres. Hija única. Cursa: segundo de la ESO. Buen rendimiento académico. No ha repetido de curso. Importantes dificultades relacionales en primaria y en instituto. La cambiaron de institución de primero a segundo por sospecha de acoso escolar. Padre profesor de biología y Madre empleada de Banco.

Ocio: escuchar música, nadar, tocar la guitarra, jugar a la consola, leer y dibujar. Pocos amigos de la infancia. Dificultades relacionales.

**Personalidad:** tranquila, callada, amable, generosa, muy nerviosa a veces.

## Psiquiátricos

Primer contacto: Psicoterapia. A los 10 años. Por dificultades para sociabilizar y defenderse. Durante 2 años.

Sin tratamientos farmacológicos previos.

**Familiares:** no refieren

## **Enfermedad actual**

La paciente acude acompañada por ambos padres. Según refiere sus padres desde aproximadamente los 8 años, "tiene la sensación de que su padre y su tío se ríen de ella". Ella comenta que "la primaria fue un infierno", sus compañeras eran muy malas, la humillaban en público, se sentía invisible, "solo cuando me necesitan me buscaban". Creía que si no las ayudaba la situación empeoraría.

Pensaba que en el instituto sería mejor, sin embargo desde primero de la eso (12 años) percibe que "algo pasa con ella", toda la clase le oculta secretos, por maldad, envidia, o divertimento, "solo es con migo". Refiere que a raíz de un dibujo horroroso que hicieron sus compañeros en el cole, comenzó a sospechar de ellos, creyendo que entre ellos traman cosas, por ejemplo, que arman grupos paralelos de whasap, "porque es algo confidencial contra mí, se ríen de mí, el administrador del grupo está contra mí". Reconoce sentirse nerviosa cuando susurran de ella, se ríen o la miran raro. Se siente marginada de los grupos escolares, en los cuales la gente se burla de ella.

Añade que a veces percibe que alguien la vigila cuando toca la guitarra, a través de una ventana, escondidos, o con alguna cámara. En la calle también tiene miedo de relacionarse por lo que pasa en el instituto. Siente angustia desde la mañana a la noche y ha escuchado voces cuando termina los deberes que le dicen "mira que vaga, no se esfuerza" "son los profesores". Identifica estos síntomas desde hace un año. En casa le gusta saltar sola mientras escucha música con el objetivo de relajarse, aun así siente que la vigilan, desde las ventanas, escondidos. Baja las persianas por temor a los que pasan por la calle.

Relata que su abuelo falleció hace un año, estaba muy anciano. Sus padres se lo dijeron tras haber pasado unos días, pero lo sospechaba, todavía se siente triste por su abuela ya que se quedó sola.

## **PSICOSIS INFANTIL, LA REALIDAD QUE PERTURBA EL DESARROLLO. A PROPÓSITO DE UN CASO**

Madre: añade que lo que le pasa a su hija, no es producto de su imaginación, es cierto. Hablaron con la tutora, para ver su grado de aceptación y vieron que la mitad de la clase no quiere saber nada de ella. Su madre refiere que sus compañeros cuchichean.

Padre: verbaliza que su hija es diferente, y la ven distinta, por eso no se integra, hay un rechazo con su manera de expresarse, no la entienden.

**EPP:** C y O TEP, abordable, colaboradora, aspecto conservado, buen contacto visual, facies poco expresiva, aplanamiento afectivo, angustia psicótica reactiva a sus pensamientos, animo bajo, verborréica, presión del lenguaje. Discurso fluido y coherente, con contenido de ideas delirantes de perjuicio y de referencia, asociaciones e interpretaciones delirantes, de las cuales hace critica parcial. Alucinaciones auditivas en tercera persona. Conducta adecuada, no auto/ heteroagresividad. Pesadillas nocturnas, despertares frecuentes. Tendencia al aislamiento por importantes dificultades relacionales.

### **Plan**

1. Solicito analítica de control, ECG.
2. Interconsulta con neurología
3. Risperdal 1 mg 0-0-1
4. Remito a psicoterapia con el objetivo de trabajar conciencia de enfermedad, adherencia terapéutica, habilidades sociales y contención familiar.

### **Evolución**

Desde que comenzó el tratamiento la paciente no ha vuelto a escuchar voces, ni la sensación de que la observan, con lo cual se ha tranquilizado mucho, pudiendo concentrarse mejor para estudiar. No obstante, todavía siente que se dirigen a ella y que algo está pasando, siente que sus compañeras hablan de ella, odia algunas expresiones que hacen y sus risas, le ocultan algo, pero no les da demasiada importancia, esto le ha permitido ir perdiendo poco a poco el miedo a socializar. Durante las vacaciones ha permanecido estable, tranquila, según sus padres.

Tras volver del verano han decidido cambiarla de instituto, ella se sentía ilusionada, también comenzó a realizar clases de teatro, que le ayudaron a sentirse más segura y cómoda, mejorando un poco su vida social.

No obstante cuando en el instituto intento conocer nuevas amistades, comenzó a referenciarse con una compañera. Su madre al respecto le decía "esa chica es tonta, se deja influenciar por lo demás".

Reconoce que un día se olvidó de tomar la medicación, encontrándose más alterada, enfadada y disgustada. Añade que "vive los sueños, pero en la realidad" cuando habla de su compañera.

Tras unos meses de tratamiento la paciente comienza con amenorrea secundaria a hiperprolactinemia (valor: 46,6 mg, PN: 2,8-29.2), dando lugar a un estado de alarma en sus padres, que registraban en un calendario los días de periodo de la paciente, motivando el cambio de

## **PSICOSIS INFANTIL, LA REALIDAD QUE PERTURBA EL DESARROLLO. A PROPÓSITO DE UN CASO**

antipsicótico (Risperdal 0,50 mg a Abyeifi 5 mg 1-0-0), la nueva pauta no fue tolerado por la paciente, apareciendo náuseas, cefaleas, ansiedad. Posteriormente sufre una recaída, empeorando el miedo a la oscuridad, la sensación de que algo o alguien le harían daño, están detrás de ella, solicita ayuda a su padre para ir a sitios oscuros de su casa, estos creen que "está haciendo teatro". Al pasar al lado de unas compañeras escucha "es chica y se llama Elena, es satanás, hacen risas y gestos". Está preocupada de que su compañera "le arruine la reputación". Sus padres comentan que se toma a pecho lo que le dicen estas, están preocupados por la menstruación de la niña, manejando en ocasiones la medicación sin consultar previamente. A pesar de las explicaciones tiene enormes dificultades en aceptar el estado clínico de su hija.

Ante las dificultades de manejo a nivel ambulatorio la paciente es remitida a un centro de día con el fin de realizar seguimiento integral.

## **PSICOSIS INFANTILES**

El término de psicosis del niño abarca un vasto y polimorfo grupo en el que, como expresión clínica común de sus potenciales evolutivos, se instauran estados anteriores a la pubertad, caracterizados por perturbaciones graves de la organización de la personalidad que obstaculizan de forma radical la aprehensión de la realidad por el niño, tanto de la suya propia como la de los otros. Esta serie heterogénea de trastornos, tienen como características además la gravedad de los síntomas, la cronicidad, la edad muy temprana de manifestación, las dificultades terapéuticas y la falta de conocimiento.

El estudio clínico de las psicosis infantiles nos confronta a la diversidad de las descripciones clínicas y la multiplicidad de las clasificaciones, por la variedad de modelos teóricos de referencia de los autores dedicados a su estudio.

## **RECUERDO HISTÓRICO**

Fue Kraepelin en el siglo XIX quién denominó "demencia precoz" a lo que hoy se conoce como esquizofrenia y apuntó que algunos casos tenían un inicio infantil. De Santis (1906) propuso el término "demencia precocísima" para aquellos niños que desarrollaban el trastorno en la infancia. Potter, en 1933, definió por primera vez la esquizofrenia infantil en base a alteraciones del comportamiento, del lenguaje, del pensamiento y los afectos, de inicio precoz.

Las aportaciones iniciales de Kanner sobre autismo infantil precoz (1943), las descripciones de Heller de la Dementia Infantilis (1930), de Kramer de la psicosis de la motilidad (1932), posteriormente, de Asperger de la psicopatía autística (1944) y de Mahler de la psicosis simbiótica (1952), contribuyeron a que a partir de la década de los 40 el término Esquizofrenia Infantil se generalizase al de psicosis infantil, incluyendo todos estos graves trastornos. Los trabajos de Kolvin

## **PSICOSIS INFANTIL, LA REALIDAD QUE PERTURBA EL DESARROLLO. A PROPÓSITO DE UN CASO**

(1971) y otros autores como Rutter (1972) demostraron, teniendo en cuenta la edad de inicio de la sintomatología, las características clínicas, los antecedentes familiares y la evidencia de alteraciones orgánicas, a su vez las diferencias existentes entre algunos subgrupos de psicosis infantil, como el autismo y la esquizofrenia infantil, y la similitud de ésta con la esquizofrenia del adulto. Todos estos cambios se han reflejado en las clasificaciones oficiales. Antes del DSM III la única categoría diagnóstica para las Psicosis Infantiles era la de esquizofrenia de inicio infantil, en su aparición separa de forma definitiva ambas entidades autismo infantil y las llamadas "psicosis infantiles". Desde entonces las clasificaciones identifican el autismo como un trastorno generalizado del desarrollo y las esquizofrenia de inicio en la infancia se diagnostica siguiendo criterios adultomòrficos.

En el DSM IV se diferencia la EI, que queda definida por los mismos criterios diagnòsticos que la esquizofrenia del adulto, de los trastornos generalizados del desarrollo, que incluyen el T. autista, el síndrome de Rett, el síndrome de Asperger, el t. Desintegrativo y otros TGD no especificados. El DSM V continúa diferenciando ambas entidades, pero los TGD, se conceptualizan Trastornos del Espectro autista.

### **Conceptualización**

La noción de psicosis infantiles, pudo realizarse a tras abandonar dos puntos de vista que pesaban gravemente sobre el estudio de los trastornos mentales de la infancia:

- El punto de vista adultomòrfico, consistente en considerar al niño como un adulto pequeño en lugar de tenerlo en cuenta por su dinámica propia, abocando así a la descripción de la «demencia precocísima» en 1908 por De Santis, sobre el modelo de Kraepelin de la demencia precoz o a la noción de esquizofrenia del niño de Lutz, sobre el modelo del adulto joven de Bleuler.
- El punto de vista puramente organicista, consistente en considerar los trastornos mentales niño como un retraso, el cambio de noción se debe, en gran parte, fuera de la diversidad de las hipótesis patogenéticas, a los trabajos de psiquiatras de formación u orientación psicoanalítica; por ejemplo, M. Klein trataba de los niños psicóticos veinte años antes de la descripción por L. Kanner del autismo infantil precoz (1943). Hacia los años cuarenta, bajo la influencia de psiquiatras americanos (L. Despert, L. Kanner, L. Bender y, más cerca de nosotros, M. Mahler, B. Bettelheim, etc.) y europeos (D. W. Winnicott; en Francia, G. Hguyer y sus alumnos, D. J. Duche, S. Lebovici), se desprendió la idea de formas de psicosis propias de la infancia, al principio denominadas esquizofrenias infantiles.

Es importante abordar los diversos estados psicóticos de la infancia, teniendo en cuenta además los trastornos descritos bajo los términos de prepsicosis y estados afines.

Dentro de las clasificaciones de psicosis infantil encontramos la clasificación de R. Mises, autora que distingue:

## PSICOSIS INFANTIL, LA REALIDAD QUE PERTURBA EL DESARROLLO. A PROPÓSITO DE UN CASO

- Las psicosis precoces: que se manifiestan entre los 3 o 4 primeros años, sean autísticas o no y que comporten o no una dimensión deficitaria. Conciernen a las primeras relaciones del niño y al desarrollo mismo de las grandes funciones mentales.

Se distinguen:

- Psicosis Autistas
  - Psicosis Simbióticas
  - Psicosis Deficitarias
- 
- Las psicosis de expresión más tardía: a partir de los 4-5 años, en esta época el niño llega a elaborar o hasta a dominar los medios de expresión y comunicación evolucionados de manera particular sobre el plano del lenguaje oral.

### Psicosis precoces

#### 1- Psicosis autísticas

El cuadro es muy característico desde la edad de 2 años en las formas autísticas muy precoces, como la del «autismo infantil precoz» de L. Kanngr. (1943); sin embargo, muchos de los comportamientos deberían permitir un diagnóstico más precoz. Existen también aspectos autísticos secundarios que aparecen durante la evolución de distorsiones psicóticas precoces, inicialmente no autísticas.

La sintomatología puede ser descrita en cuatro rúbricas:

- *El aislamiento autística*, es el «alonenés» de L. Kanner, o «el solitario», el retraído autista. El niño parece no percibir los ruidos, las voces, no ver los objetos ni las y personas. En realidad parecer se sensible selectivamente a un determinado ruido, entiende bien una cierta situación; se interesa por la música, evita los obstáculos; posee una «mirada periférica», parece mirar al horizonte, como a través de la gente o bien una mirada mediante ojeadas muy fugitivas. Frente a las personas, niños y adultos, el autista parece manifestar un desinterés casi total; se comporta como si se hallase solo, se interesará por una parte del otro, un detalle de la vestimenta, por ejemplo, o quizá va a esbozar un con nulo muy fugitivo, muy parcial. Existe, en efecto rechazo muy neto del contacto, si se intenta forzarlo, el niño reacciona como ante una intrusión brutal, pudiendo presentarse una, crisis de agitación exagerando o autoagresividad (por ejemplo, se golpea la cabeza contra cualquier cosa dura). También existe una manifiesta ausencia de las expresiones afectivas: no se ríe, no llora, pero hemos visto explosiones de «ira» de tonalidad angustiosa, siendo posible percibir el mi sufrimiento del niño. Muestra interés compulsivo por algunos objetos, pero no por su uso o en un sentido simbólico, tiende a manipularlos, agitarlos, girarlos; en efecto, tiene una predilección por cosas rotatorias; se ha descrito un comportamiento particular frente a objetos: el

## PSICOSIS INFANTIL, LA REALIDAD QUE PERTURBA EL DESARROLLO. A PROPÓSITO DE UN CASO

niño adelanta su mano como para asirlo, pero la retira bruscamente (signo del «cubo ardiente»). Con respecto a su cuerpo (juegos prolongados y curiosos con sus dedos con cierta insensibilidad al dolor), sus actitudes parecen traducir profundas anomalías de la percepción.

- *El deseo de inmutabilidad:* Es el «sameness» de L. Kanner. Se trata del deseo imperioso del autista de mantener, y en todo caso restituir, su entorno material habitual, en el que la permanencia, la estabilidad de los hitos, son objeto de comprobaciones diversas, más o menos ritualizadas; es necesario que cada objeto tenga su propio lugar definitivo y fijo; el niño tiene «su rincón» en donde puede permanecer durante horas, siendo posible el desencadenamiento de crisis de ira si se modifica el entorno. En el mismo sentido, puede tener, el deseo de completar o hacer completar las frases que entiende, de forma que correspondan a lo que ha entendido la primera vez que se emitieron delante de él; también experimenta la necesidad de completar los objetos y puede experimentar crisis de angustia ante una cosa rota o incompleta. Las conductas de exploración, quizá muy prolongadas y minuciosas, que manifiesta muchas veces cuando es transportado a un nuevo ambiente, son detalles a tener en cuenta.

- *Las estereotipias,* pueden ser de dos tipos:

Estereotipias en los gestos, repetición de movimientos de las manos o de los dedos (agitarlos, dar golpecitos, etc.), de los brazos (como batir de alas), rotación del niño sobre sí mismo, balanceamientos diversos de un pie sobre el otro; la causa es un cierto valor autoerótico, un deseo de animar el cuerpo y de percibirlo. Quizá se perciba actividades ritualizadas más complejas: verificaciones, ritualizaciones de actividades alimentarias, de vestirse, de juego, de actividades esfinterianas.

Las estereotipias verbales son constantes cuando el niño posee ya un lenguaje.

- *Los trastornos del lenguaje,* son constantes. El niño puede no poseer lenguaje, no emite ningún sonido o murmura, canturrea, quizás emite una jerga que posee la melodía del lenguaje, pero carece de significación. Otras veces, posee un lenguaje que tiene cierto valor de comunicación; la ecolalia (repetición de frases o palabras más o menos prolongadas); es frecuente y resulta muy característica la incapacidad de utilizar correctamente los pronombres personales (el niño habla de sí mismo en segunda o tercera persona, «tú» o «él» pero no utiliza jamás «yo»). Además de estos signos, algunos niños son capaces de obtener resultados en tal o cual sector, por ejemplo, demostrando una memoria notable para recordar canciones, poemas, reconstruyendo puzzles; llegando hasta a sorprender realmente por este contraste, pero es necesario subrayar el carácter subjetivo de este criterio «air intelligent». Se plantea aquí un problema fronterizo entre el autismo infantil precoz y ciertas psicosis da expresión deficitaria.



## **PSICOSIS INFANTIL, LA REALIDAD QUE PERTURBA EL DESARROLLO. A PROPÓSITO DE UN CASO**

### 2- Psicosis simbióticas

Fueron descritas por M. Mahler (1952) con referencia a la concepción teórica del desarrollo y la noción del proceso de separación (individualización de quienes son los suyos). M. Mahler opone las psicosis autísticas a las simbióticas que, "representan una fijación o una regresión a un estadio más diferenciado de la personalidad... es decir, al estadio del objeto parcial que aporta la satisfacción de las necesidades"

Describe un síndrome simbiótico constituido por:

- Una irregularidad del desarrollo y una vulnerabilidad asombrosa del Yo en vía de eclosión a cualquier frustración mínima;
- Reacciones extremas a fracasos menores que se presentan normalmente en el curso del período de ejercicios, por ejemplo, se trata de niños que abandonan la deambulación después de meses, porque se han caído alguna vez;
- Una angustia masiva de separación y de aniquilación en respuestas a experiencias tan corrientes como la hospitalización, etc.

Lo que caracteriza sobre todo la naturaleza simbiótica de las psicosis de estos niños es que, durante el primero, o los dos primeros años no parecen existir trastornos evidentes, quizás excluidos los del sueño. Estos niños son descritos como lactantes llorosos o hipersensibles. Los trastornos se hacen manifiestos, bien de una forma progresiva, o bien súbitamente, en ciertos momentos clave del desarrollo de la personalidad infantil, en los cuales el niño debe enfrentarse a una separación de la madre, frecuentemente con ocasión de un acontecimiento preciso, entonces el delirio del pleno poder simbiótico se encuentra amenazado y se producen profundas reacciones de pánico. Estas reacciones se manifiestan durante el tercero o cuarto, año o en el punto culminante del conflicto edipiano. Las exigencias de separación y de independencia provocan entonces una «desorganización» marcada por la pérdida de ciertas funciones, por ejemplo, una deterioración del lenguaje. Después, «se produce una reorganización con antelación, una gama de síntomas psicóticos y, entre ellos, podemos ver pérdida de las fronteras del «uno mismo»...,, reacción excesiva a cualquier fracaso, gestos mágicos: «limpiarse si se le toca», «rechazar o abarrarse», pánico extremado sin motivo conocido; ecolalia y ecopraxia;; preocupaciones psicóticas por un objeto inanimado, como el ventilador, el orinar del bebé y hasta por un hilo que puede enrollar en torno a un dedo; en resumen, "el fetiche psicótico". Su aparición revela de forma evidente la presencia de un proceso psíquico primario y otros trastornos del pensamiento. Subrayemos también los síntomas de tipo catatónico, tales como el sosiego, la flexibilidad blanda, etc.

En realidad, dice M. Mahler, con frecuencia nos enfrentamos en la práctica con un cuadro clínico donde «hallamos un amplio espectro de rasgos autistas y simbióticos en el interior de un síndrome psicótico infantil».

## **PSICOSIS INFANTIL, LA REALIDAD QUE PERTURBA EL DESARROLLO. A PROPÓSITO DE UN CASO**

### 3- Psicosis deficitarias

Definidas por la «por la conjugación de síntomas atribuibles a una deficiencia o un retraso en el desarrollo del niño y de síntomas que expresan una forma de ser en el mundo, de actuar y de reaccionar al sesgo del comportamiento, actitudes o decires que especifican el carácter psicótico» (J. L. Lang). Este cuadro plantea el problema de las relaciones entre insuficiencia mental o retraso mental y psicosis. Plantear el diagnóstico de psicosis es reconocer una estructura psicopatológica particular, un cierto tipo de funcionamiento mental en su conjunto. Hablar de deficiencias mentales es referirse a normas de desarrollo de un sujeto con la de una población de la misma edad y de condiciones socioculturales comparables. La organicidad, evoca, una afectación cerebral (lesional o funcional), en una perspectiva etiopatogénica.

Numerosas afecciones cerebrales tienen por resultado un retraso mental, a la vez que las afecciones puramente mentales, sin lesión orgánica, pueden proporcionar resultados similares.

Las insuficiencias mentales de origen orgánico predisponen a perturbaciones en la evolución de la personalidad, aún más en insuficiencias de comunicación con el entorno y el dominio mental del sufrimiento. Sin embargo, no es posible, solamente ante un cuadro psiquiátrico y psicológico deficitario, afirmar o negar la existencia de una lesión cerebral, ya que en ciertos casos podrá ser confirmada y en otros no será posible probarla. Por otra parte, el descubrimiento de una organicidad no debe servirnos nunca de alivio para abstenerse de un estudio estructural sobre el cual fundamentar un diagnóstico. Por ejemplo el retraso mental, la oligofrenia y la psicosis (M Soule, D. Houzel y S. Bollaert.).

Los elementos de la sintomatología clínica, según R. Mises y M. Moniot, son:

- El primer desarrollo es afectado, con un retraso homogéneo o sólo parcialmente dando lugar a una cierta desarmonía entre los diferentes sectores y, en ciertos casos, hasta una precocidad en ciertas adquisiciones motrices finas o esfinterianas, que no existen en otros casos.
- Son frecuentes los trastornos psicomotores como manifestación de las perturbaciones de la aparición de la identidad de sí a nivel del «propio cuerpo»: las anomalías tónico-posturales, las dispraxias, los trastornos de la organización temporo-espacial.
- Son constantes los trastornos del lenguaje, integrados por un retraso global o disarmónico o de anomalías en el manejo del lenguaje.
- Trastornos de la alimentación, en particular, anorexias precoces.
- Los trastornos del comportamiento son variables, agitación hipomaníaca, repliegue autista, rarezas y comportamientos extraños, conductas agresivas de tipo perverso, conductas autoagresivas y hasta automutilantes son muy frecuentes y se manifiestan con ocasión de frustraciones, no siempre aparentes, o de separación.

El déficit mental, es el riesgo mayor de evolución psicótica precoz y este tipo de expresión deficitaria puede ser considerada como grave. Desde un punto de vista terapéutico, es de capital

## **PSICOSIS INFANTIL, LA REALIDAD QUE PERTURBA EL DESARROLLO. A PROPÓSITO DE UN CASO**

importancia detectar muy pronto los trastornos que evocan el comienzo de una distorsión psicótica.

### **OTROS ASPECTOS CLINICOS**

#### **1. Signos precoces de evolución psicótica**

Algunos trastornos se sitúan hacia los dieciocho primeros meses, ninguno es específico de la evolución psicótica; más bien su agrupamiento, que resultan evocadores y denotan una alteración profunda de la comunicación entre el niño y su ambiente, una perturbación masiva en el establecimiento de la relación de objeto.

Se trata de:

- Trastornos muy precoces de la alimentación (defectos en la succión, anorexia, vómitos);
- Trastornos del sueño, a menudo precoces e importantes: el insomnio agitado, con gritos, movimientos autoagresivos (p. ej., el niño pega la cabeza contra la cuna); el insomnio calmado es aún más evocativo encontramos al niño despierto, calmado, con los ojos muy abiertos.
- Falta de actitud anticipadora cuando se toma al niño, aparece al cuarto mes, se traduce como el movimiento de los brazos del niño que se dirigen hacia la persona que va a tomarlo; la misma significación pueden tener la falta de ajuste postural cuando el niño llevado en brazos, (es como un muñeco) o las distonías (posiciones anormalmente deflexionada con la cabeza).
- No aparición de los primeros organizadores de R. SPITZ: sonrisa social humana, angustia del octavo mes;
- Interés excesivamente exclusivo por el juego de las manos a partir de los 5 o 6 meses, actividad normal en todos los niños que cesa habitualmente cuando se entra en contacto con ellos;
- Desinterés muy precoz que se observa en estos niños por los juguetes, sonajeros, etc.
- El abandono o la pérdida de una adquisición (p. ej., comer con la cuchara), después de los primeros ensayos; comportamientos regresivos.

Las madres conservan, respecto al primer año de su hijo, una imagen de un lactante particularmente tranquilo, que no llora o sólo lo hace muy poco; es mucho más tarde, frente a perturbaciones mucho más importantes, cuando acuden a la consulta.

# **PSICOSIS INFANTIL, LA REALIDAD QUE PERTURBA EL DESARROLLO. A PROPÓSITO DE UN CASO**

## **2. Distorsiones psicóticas precoces**

Estos aspectos se distinguen de las formas autísticas y deficitarias por anomalías relacionales menos masivas. Se puede observar:

- Aislamiento del niño, reducción de los intercambios relacionales, bien bajo la forma de una selectividad de intercambios con la misma persona, o, por el contrario, bajo la de una docilidad, pero sin participación activa en los intercambios con los adultos, que parece diferenciar mal y tratar como simples objetos.
- La ansiedad es profunda, señalada con la inhibición, la inestabilidad; o bien más elaborada bajo la forma de fobias que presentan caracteres de masividad y extrañamiento, concerniendo muchas veces al propio cuerpo del niño.
- Son frecuentes los comportamientos de aspecto obsesivo, siendo posible ver rituales y ceremoniales diversos, particularmente invasores en los momentos más significativos de la jornada: comidas, exoneración, acostarse; traspasan ampliamente los rituales corrientes entre los niños de 2 a 3 años.
- Los trastornos del lenguaje son aquí habituales, pero diversos, en forma de retraso o, por el contrario, de precocidad, pero con anomalías en la organización de la sintaxis o una inversión, una falta de distinción de los pronombres o bien una formación muy particular del lenguaje: preciosismo, empleo lúdico más bien que comunicativo, logorrea o, por el contrario, mutismo, etc.
- Las anomalías en la toma de consistencia y posesión del propio cuerpo no siempre son aparentes; no falta su expresión a través de ciertas mímicas, actitudes preciosistas o posturas inadecuadas, ciertos comportamientos delante del espejo.

En ausencia de un tratamiento precoz, estas distorsiones psicóticas pueden deslizarse hacia un cuadro autístico o deficitario, o bien evolucionar hacia una forma denominada «fase de latencia»; sin embargo, gracias al tratamiento, la evolución también puede realizarse en un sentido favorable.

## **PSICOSIS DE EXTERIORIZACIÓN TARDÍA**

Más allá de los 4-5 años, hasta la pre-adolescencia, realizan las clásicas «psicosis del período de latencia». Esta última expresión es discutible, ya que aquí el término «latencia» apenas tiene más que un sentido cronológico (período de 6 a 11-12 años) en la medida en que precisamente el niño psicótico que no pudo abordar realmente, y todavía menos asumir, la situación edipiana y entrar en la fase siguiente, llamada de latencia.

Tales estados psicóticos se caracterizan, porque los niños llegan a elaborar hasta a dominar medios de comunicación evolucionados, principalmente, sobre el plano del lenguaje oral; en

## **PSICOSIS INFANTIL, LA REALIDAD QUE PERTURBA EL DESARROLLO. A PROPÓSITO DE UN CASO**

consecuencia, su inteligencia es normal y su adaptación relativamente satisfactoria hasta este momento.

Los aspectos clínicos son diversos, frecuentemente intrincados, puede predominar el aislamiento, realizando retraimiento autista; pero también se puede percibir, más o menos, según los casos, que tras la evitación del contacto se enmascara una profunda angustia relacional, *una gran* inhibición global y hasta una cierta dimensión depresiva.

La inestabilidad puede ser mayor, entrañando un contacto muy fugitivo, una enorme dispersión de las actividades del niño, inasequible.

Quizá se llegue a una verdadera excitación de aspecto maniaco. En algunos casos, podemos ver en un contexto psicótico una cierta alternancia de estados de morosidad, de repliegue sobre sí mismo, de expresión de afectos depresivos, interrumpidos por accesos impulsivos o una excitación, realizando así el cuadro de una psicosis afectiva de expresión tardía. El mutismo es una forma corriente de iniciación.

Las producciones imaginativas incontroladas plantean el problema del delirio en el niño, que a partir de una cierta edad (6 años en la referencia clásica) puede inducir a la expresión de sentimientos, de ideas que testimonien la profunda alteración de la percepción de sí mismo, de los otros y del mundo exterior, de su confusión «mundo real-mundo imaginario». Sus ideas van a referirse a su cuerpo, su funcionamiento en general o de cualquier órgano en particular, su sexo, demostrando las profundas perturbaciones de su identidad. A veces, pueden presentarse ideas delirantes de envenenamiento, le persecución, en general poco insistentes, mal definidas, sin el carácter sistematizado que se observa en algunos delirantes adultos. Por el contrario, son más frecuentes los delirios de imaginación (impresión de omnipotencia, de poseer un poder de destrucción) y el «delirio de ensueño», relato fantástico con tema de grandeza, a menudo fuera del tiempo y espacio presentes y en el cual se confunden los fantasmas y la realidad.

La convicción no es siempre absoluta; el relato puede adoptar un carácter lúdico y entonces el niño parece ser, al mismo tiempo, actor y espectador, dirigiéndose a los otros, con una temática que le permite guardar, hasta cierto punto, una relación con los demás.

La frecuencia de las alucinaciones es variable, a veces parecen detenerse y escuchar algo, fijarse en un objeto imaginario, pronunciar palabras apartado, constituyan obligatoriamente un fenómeno alucinatorio, pudiendo integrarse, más bien, en una vivencia de ensoñación autista.

Pueden tener pasos al acto más o menos violento e impulsivo, encontramos trastornos reaccionales profundos que proporcionan una cierta impresión de impenetrabilidad, de frialdad. Puede quizás observarse una nota perversa, de tipo sado-maso quista.

Se observan manifestaciones de aspecto neurótico, fóbico y obsesional, y hasta histérico, una inhibición que engendra *aspectos* pseudoneuróticos, cuya dimensión neurótica se transparente tras la sintomatología de superficie, como en las prepsicosis.

Otro tanto podemos decir sobre ciertos trastornos llamados instrumentales, dispraxias, disfasias, que pueden pertenecer al contexto psicótico.

El aspecto de disociación esquizofrénica es raro antes de la adolescencia; en cuanto a la psicosis

## **PSICOSIS INFANTIL, LA REALIDAD QUE PERTURBA EL DESARROLLO. A PROPÓSITO DE UN CASO**

maníaco-depresiva, en su forma típica de accesos de melancolía o maníacos, interrumpidos por períodos con ausencia de síntomas psiquiátricos, se considera, generalmente, que su comienzo se sitúa más tarde en la adolescencia, generalmente hacia la edad adulta.

### **ESTADOS PREPSICOTICOS**

La noción de pre-psicosis, de estado límite (o caso límite) o también de estados atípicos, de parapsicosis o de disarmonía evolutiva de estructura psicótica, son muy similares y con una clínica polimorfa e importantes alteraciones del funcionamiento mental.

Se puede observar (D. Witlochek.):

- *La actividad imaginaria:* revelada a través de ciertos juegos, deseos, relatos, tests proyectivos, sellados por dos rasgos: su incoherencia y su crudeza (agresiva, sexual), dejando aparecer la fuerte carga emocional de representaciones mentales así expresadas y el funcionamiento mental arcaico en procesos primarios (reencontrados en la actividad normal del sueño), sin elaboración secundaria, produciendo construcciones lógicas, coherentes, mejor socializadas.
- *La angustia:* es aquí diferente a la angustia de separación, a la de castración neurótica y a la de la muerte; se trata de una angustia de destrucción de la coherencia de sí mismo, de una verdadera inseguridad fundamental; con un Yo tradicionalmente calificado como «débil» y profunda alteración del «sentimiento de sí mismo», el fracaso de los mecanismos normales de interiorización, de identificaciones constructivas y, de manera general, el fracaso de todo lo que concurre a la personalización (D. W. Winnicott) • a la individuación (M. Mahler) y a la elaboración de un «sí mismo» (Self) bien diferenciado, coherente, integrado y suficientemente sólido. Las nociones de «falso Yo» (D. W. Winnicott) • de «personalidad como Yo» (H. Detjtsch), traducen bien este fracaso.
- *La organización de los intereses del niño,* sus relaciones con sus padres, las representaciones que él se hace, su carácter, no muestran rasgos de un desarrollo organizado de la vida libidinosa, con los sedimentos sucesivos de una estructura oral, anal, después fálica, de las relaciones interhumanas iniciales; la *organización, de la vida libidinal* parece, caótica.
- *La intensidad de las tendencias agresivas* son visibles y netas en los tests proyectivos (T.A.T., Pata-negra, Rorschach), abundan las escenas de devorar y destruir. Como si existiera una ausencia normal de fusión que se produce entre las reacciones agresivas y la aproximación libidinosa después de haber accedido a la relación de objeto total; de esta forma, se asiste, no a la ambivalencia normal de la relación con el otro, sino a una separación de los objetos en buenos y malos.

## **PSICOSIS INFANTIL, LA REALIDAD QUE PERTURBA EL DESARROLLO. A PROPÓSITO DE UN CASO**

Estos rasgos son evidentes en los psicóticos ocupando el primer plano de la sintomatología y dejando muy poco lugar a los procesos más elaborados de adaptación. En los niños prepsicóticos, los rasgos *psicóticos no desvanecen toda la personalidad*: existe una buena adaptación de superficie, el mantenimiento de un cierto sentido de la realidad y de la diferencia entre el mundo interior y el exterior. Sólo en ciertos momentos, aparece el funcionamiento psicótico. Por otra parte, el estudio del desarrollo de estos niños, junto a un riesgo de evolución psicótica franca, muestra un dato evolutivo muy importante desde el punto de vista psicopatológico: el carácter disarmónico del desarrollo instrumental. Las actitudes motrices, perceptivas o verbales, la maduración intelectual, pueden hallarse afectadas por un retraso aislado, asociados a índices destacados de precocidad. Lo mismo los hábitos que los *aprendizajes* proporcionan una impresión de discordancia; en particular; se ha observado el carácter caprichoso de los aprendizajes, ciertas especializaciones que les interesan conducen a rendimientos que sorprenden junto a las lagunas y las insuficiencias.

Existen divergencias sobre los riesgos evolutivos de los estados prepsicóticos. Para unos (R. Diatkine y S. Lebovici) se trataría de organizaciones inestables, dominadas por el riesgo de evolución, hacia la psicosis franca, disociativa, en torno a la pubertad. Otros (D. WITLOCHER, J. L. Lang) describen organizaciones patológicas relativamente estables de evoluciones variables, siendo la «psicotización» franca menos frecuente de lo que se podría pensar. Los psiquiatras-psicoanalíticos, hablan mejor de estados «bordeline» o estados límite, bien distintos de las líneas neuróticas y psicóticas que consideran como organizaciones patológicas (O. Kernberg, S. K. Rosenfeld), donde las fallas narcisistas con un «sentimiento desí mismo» no integrado son particularmente precoces y masivas, y donde las alteraciones del desarrollo permiten la persistencia de un funcionamiento arcaico que parecen reenviar a experiencias traumáticas precoces y reales; sea como «desestructuraciones» ligadas a una afectación fundamental, más o menos profunda, del narcisismo y dominadas por un peligro que no es más que el de una angustia de parcelación o « estallido ».

### **CLASIFICACIONES ACTUALES**

#### **Esquizofrenia infantil**

Dentro de la EI se pueden diferenciar la esquizofrenia de inicio precoz (EIP), de comienzo antes de los 18 años, y la de inicio muy precoz (EIMP), antes de los 13 años. Los criterios diagnósticos del DSM V y CIE 10 no son diferentes para niños y adolescentes que para adultos, si bien deben tenerse en cuenta algunas peculiaridades.

Tabla 1. Criterios DSM V para el diagnóstico de esquizofrenia

- A. Dos (o más) de los síntomas siguientes, cada uno de ellos presente durante una parte significativa de tiempo durante un período de un mes (o menos si se trató con éxito). Al menos uno de ellos ha de ser (1), (2) o (3):

## **PSICOSIS INFANTIL, LA REALIDAD QUE PERTURBA EL DESARROLLO. A PROPÓSITO DE UN CASO**

1. Delirios.
  2. Alucinaciones.
  3. Discurso desorganizado (p. ej., disgregación o incoherencia frecuente).
  4. Comportamiento muy desorganizado o catatónico.
  5. Síntomas negativos (es decir, expresión emotiva disminuida o abulia).
- B. Durante una parte significativa del tiempo desde el inicio del trastorno, el nivel de funcionamiento en uno o más ámbitos principales, como el trabajo, las relaciones interpersonales o el cuidado personal, está muy por debajo del nivel alcanzado antes del inicio (o cuando comienza en la infancia o la adolescencia, fracasa la consecución del nivel esperado de funcionamiento interpersonal, académico o laboral).
- C. Los signos continuos del trastorno persisten durante un mínimo de seis meses. Este período de seis meses ha de incluir al menos un mes de síntomas (o menos si se trató con éxito) que cumplan el Criterio A (es decir, síntomas de fase activa) y puede incluir períodos de síntomas prodrómicos o residuales. Durante estos períodos prodrómicos o residuales, los signos del trastorno se pueden manifestar únicamente por síntomas negativos o por dos o más síntomas enumerados en el Criterio A presentes de forma atenuada (p. ej., creencias extrañas, experiencias perceptivas inhabituales).
- D. Se han descartado el trastorno esquizoafectivo y el trastorno depresivo o bipolar con características psicóticas porque 1) no se han producido episodios maníacos o depresivos mayores de forma concurrente con los síntomas de fase activa, o 2) si se han producido episodios del estado de ánimo durante los síntomas de fase activa, han estado presentes sólo durante una mínima parte de la duración total de los períodos activo y residual de la enfermedad.
- E. El trastorno no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga o medicamento) o a otra afección médica.
- F. Si existen antecedentes de un trastorno del espectro del autismo o de un trastorno de la comunicación de inicio en la infancia, el diagnóstico adicional de esquizofrenia sólo se hace si los delirios o alucinaciones notables, además de los otros síntomas requeridos para la esquizofrenia, también están presentes durante un mínimo de un mes (o menos si se trató con éxito).

Especificar si:

Los siguientes especificadores del curso de la enfermedad sólo se utilizarán después de un año de duración del trastorno y si no están en contradicción con los criterios de evolución diagnósticos.

Primer episodio, actualmente en episodio agudo: La primera manifestación del trastorno cumple los criterios definidos de síntoma diagnóstico y tiempo. Un episodio agudo es el período en que se cumplen los criterios sintomáticos.



## **PSICOSIS INFANTIL, LA REALIDAD QUE PERTURBA EL DESARROLLO. A PROPÓSITO DE UN CASO**

Primer episodio, actualmente en remisión parcial: Remisión parcial es el período durante el cual se mantiene una mejoría después de un episodio anterior y en el que los criterios que definen el trastorno sólo se cumplen parcialmente.

Primer episodio, actualmente en remisión total: Remisión total es el período después de un episodio anterior durante el cual los síntomas específicos del trastorno no están presentes.

Episodios múltiples, actualmente en episodio agudo: Los episodios múltiples se pueden determinar después de un mínimo de dos episodios (es decir, después de un primer episodio, una remisión y un mínimo de una recidiva).

Episodios múltiples, actualmente en remisión parcial

Episodios múltiples, actualmente en remisión total

Continuo: Los síntomas que cumplen los criterios de diagnóstico del trastorno están presentes durante la mayor parte del curso de la enfermedad, y los períodos sintomáticos por debajo del umbral son muy breves en comparación con el curso global.

No especificado

Especificar si:

Con catatonía (para la definición véanse los criterios de catatonía asociada a otro trastorno mental).

Especificar la gravedad actual:

La gravedad se clasifica mediante evaluación cuantitativa de los síntomas primarios de psicosis: ideas delirantes, alucinaciones, habla desorganizada, comportamiento psicomotor anormal y síntomas negativos. Cada uno de estos síntomas se puede clasificar por su gravedad actual (máxima gravedad en los últimos siete días) sobre una escala de 5 puntos de 0 (ausente) a 4 (presente y grave). (Medidas de evaluación en la Sección III del DSM-5).

Descripción clínica

En la infancia los síntomas psicóticos propios de la fase aguda se incrementan linealmente con la edad y CI del paciente, cambiando su contenido y haciéndose más complejos.

En ocasiones es difícil establecer en niños la existencia de auténticos fenómenos psicóticos en especial si no han desarrollado el lenguaje, en especial teniendo en cuenta las peculiares características cognoscitivas a estas edades, el hecho de que el concepto de realidad se adquiere a lo largo del desarrollo y que los niños pueden presentar alteraciones perceptivas no psicóticas con relativa frecuencia en casos de privación sensorial, retraso mental, trastorno por estrés postraumático, etc. Las alucinaciones, trastornos del pensamiento y afectividad aplanada o inapropiada son los síntomas más frecuentes, diagnosticándose mayoritariamente los subtipos paranoide e indiferenciado. La catatonía y los delirios sistematizados son poco comunes. Las alucinaciones auditivas son habituales y en niños suelen tener un carácter simple. Las alucinaciones visuales son más comunes que en los adultos y cuando aparecen se acompañan casi siempre de alucinaciones auditivas. Las ideas delirantes en niños pequeños suelen ser relativas a temas fantásticos y monstruos (delirio fantástico de Heuyer) y en adolescentes a contenidos religiosos, filosóficos, de grandeza o de contenido sexual. Para algunos

## **PSICOSIS INFANTIL, LA REALIDAD QUE PERTURBA EL DESARROLLO. A PROPÓSITO DE UN CASO**

autores existe un predominio de síntomas negativos en la Esquizofrenia Infantil tales como aislamiento, labilidad e inestabilidad del humor o afectividad aplanada, trastornos del lenguaje y conductas desorganizadas, con marcado deterioro de su nivel de funcionamiento previo. En la infancia el fracaso en alcanzar el nivel esperado de desarrollo social, académico y ocupacional puede sustituir al deterioro que aparece en adultos.

Con frecuencia se asocian a trastornos de conducta y en un alto porcentaje (50%) trastornos afectivos, cumpliendo el 37% criterios de depresión mayor.

El retraso mental con CI inferior a 85 aparece en otro 50%. Otras patologías asociadas son enuresis, encopresis, trastorno generalizado del desarrollo y abuso de sustancias.

### **1- Autismo y trastornos generalizados del desarrollo**

Los trastornos generalizados del desarrollo son un grupo de trastornos neuropsiquiátricos caracterizados por alteraciones conductuales específicas y un deterioro cualitativo del desarrollo cognitivo, de las habilidades de comunicación y de interacción social, que se desarrollan en los primeros años de la vida. Suelen estar asociados a retraso mental, pero difieren de éste en que sus conductas características no son un simple reflejo de un nivel de desarrollo. De los diversos trastornos generalizados del desarrollo (TGD), el autismo ha sido el más ampliamente estudiado y su validez como concepto diagnóstico parece estar bien establecida. No sucede así con otras categorías diagnósticas, cuya validación y definición es más controvertida. Tanto en el DSM IV como en la CIE 10 los TGD engloban el autismo infantil, síndrome de Rett, trastorno desintegrativo y síndrome de Asperger.

En el reciente DSM V se encuentran dentro de los Trastornos del desarrollo neurológico, a los Trastornos del espectro del autismo, donde no se diferencia las diferentes entidades de Trastornos Generalizados de Desarrollo.

### **Trastornos del espectro autista**

El autismo fue identificado por vez primera como un síndrome específico por Leo Kanner y su definición actual está muy influenciada por la descripción original que hizo del trastorno así como por las posteriores modificaciones de Rutter y colaboradores. Kanner identificó dos síntomas fundamentales para el diagnóstico: el "aislamiento extremo" y la "invariabilidad del entorno". Otros autores, y entre ellos Rutter, consideran que los trastornos en la adquisición del lenguaje y las alteraciones del mismo cuando éste se desarrolla son a su vez, junto con los anteriores, los síntomas que constituyen los pilares del diagnóstico del autismo. Con ulteriores estudios se ha precisado aún más la clínica, y la triada diagnóstica característica actualmente aceptada es: déficits o desviaciones en la interacción social, de la comunicación y de la conducta/imaginación. Datos recientes parecen dar relevancia a la posible especificidad de las anomalías en las respuestas sensoriales, considerando que pudieran ser los primeros signos obvios que aparecen en el desarrollo de los niños.

## **PSICOSIS INFANTIL, LA REALIDAD QUE PERTURBA EL DESARROLLO. A PROPÓSITO DE UN CASO**

### Descripción clínica

En la mayoría de los casos la edad de inicio aparente es dentro del primer o segundo año de vida. La edad de reconocimiento del trastorno es importante para el diagnóstico diferencial con otros trastornos generalizados del desarrollo y la esquizofrenia infantil. Ciertos factores como la posible "negación" de los padres, el menor nivel socio-cultural o un relativo alto nivel intelectual de los niños podrían retrasar la detección de los casos. Algunos autores sugieren que es posible que el trastorno se observe después de meses e incluso años de desarrollo normal.

Tabla 2. Criterios DSM V para el diagnóstico de Trastornos del espectro del autismo.

A. Deficiencias persistentes en la comunicación social y en la interacción social en diversos contextos, manifestado por lo siguiente, actualmente o por los antecedentes (los ejemplos son ilustrativos pero no exhaustivos):

1. Las deficiencias en la reciprocidad socioemocional, varían, por ejemplo, desde un acercamiento social anormal y fracaso de la conversación normal en ambos sentidos pasando por la disminución en intereses, emociones o afectos compartidos hasta el fracaso en iniciar o responder a interacciones sociales.
2. Las deficiencias en las conductas comunicativas no verbales utilizadas en la interacción social, varían, por ejemplo, desde una comunicación verbal y no verbal poco integrada pasando por anomalías del contacto visual y del lenguaje corporal o deficiencias de la comprensión y el uso de gestos, hasta una falta total de expresión facial y de comunicación no verbal.
3. Las deficiencias en el desarrollo, mantenimiento y comprensión de las relaciones, varían, por ejemplo, desde dificultades para ajustar el comportamiento en diversos contextos sociales pasando por dificultades para compartir juegos imaginativos o para hacer amigos, hasta la ausencia de interés por otras personas.

Especificar la gravedad actual:

La gravedad se basa en deterioros de la comunicación social y en patrones de comportamiento restringidos y repetitivos.

B. Patrones restrictivos y repetitivos de comportamiento, intereses o actividades, que se manifiestan en dos o más de los siguientes puntos, actualmente o por los antecedentes (los ejemplos son ilustrativos pero no exhaustivos):

1. Movimientos, utilización de objetos o habla estereotipados o repetitivos (p. ej., estereotipias motoras simples, alineación de los juguetes o cambio de lugar de los objetos, ecolalia, frases idiosincrásicas).

## **PSICOSIS INFANTIL, LA REALIDAD QUE PERTURBA EL DESARROLLO. A PROPÓSITO DE UN CASO**

2. Insistencia en la monotonía, excesiva inflexibilidad de rutinas o patrones ritualizados de comportamiento verbal o no verbal (p. ej., gran angustia frente a cambios pequeños, dificultades con las transiciones, patrones de pensamiento rígidos, rituales de saludo, necesidad de tomar el mismo camino o de comer los mismos alimentos cada día).
3. Intereses muy restringidos y fijos que son anormales en cuanto a su intensidad o foco de interés (p. ej., fuerte apego o preocupación por objetos inusuales, intereses excesivamente circunscritos o perseverantes).
4. Hiper o hiporeactividad a los estímulos sensoriales o interés inhabitual por aspectos sensoriales del entorno (p. ej., indiferencia aparente al dolor/temperatura, respuesta adversa a sonidos o texturas específicos, olfateo o palpación excesiva de objetos, fascinación visual por las luces o el movimiento).

Especificar la gravedad actual:

La gravedad se basa en deterioros de la comunicación social y en patrones de comportamiento restringidos y repetitivos).

- C. Los síntomas han de estar presentes en las primeras fases del período de desarrollo (pero pueden no manifestarse totalmente hasta que la demanda social supera las capacidades limitadas, o pueden estar enmascarados por estrategias aprendidas en fases posteriores de la vida).
- D. Los síntomas causan un deterioro clínicamente significativo en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento habitual.
- E. Estas alteraciones no se explican mejor por la discapacidad intelectual (trastorno del desarrollo intelectual) o por el retraso global del desarrollo. La discapacidad intelectual y el trastorno del espectro del autismo con frecuencia coinciden; para hacer diagnósticos de comorbilidades de un trastorno del espectro del autismo y discapacidad intelectual, la comunicación social ha de estar por debajo de lo previsto para el nivel general de desarrollo.

Nota: A los pacientes con un diagnóstico bien establecido según el DSM-IV de trastorno autista, enfermedad de Asperger o trastorno generalizado del desarrollo no especificado de otro modo, se les aplicará el diagnóstico de trastorno del espectro del autismo. Los pacientes con deficiencias notables de la comunicación social, pero cuyos síntomas no cumplen los criterios de trastorno del espectro del autismo, deben ser evaluados para diagnosticar el trastorno de la comunicación social (pragmática).

Especificar si:

Con o sin déficit intelectual acompañante

Con o sin deterioro del lenguaje acompañante

Asociado a una afección médica o genética, o a un factor ambiental conocidos

Asociado a otro trastorno del desarrollo neurológico, mental o del comportamiento

Con catatonía

# **PSICOSIS INFANTIL, LA REALIDAD QUE PERTURBA EL DESARROLLO. A PROPÓSITO DE UN CASO**

## **Síndrome de rett**

Este síndrome clínico fue identificado por Andreas Rett en 1965 en niñas que aparentemente habían tenido un desarrollo normal por un periodo, al menos, de 6 meses, seguido de un devastador retroceso en su desarrollo. La prevalencia se estima en 1 de cada 15.000 niñas.

Durante los 5 meses posteriores al nacimiento la niña tiene un desarrollo psicomotor, crecimiento del perímetro craneal y crecimiento estatoponderal, apropiado a su edad, aunque en algunos casos se ha identificado una hipotonía y un cierto retraso psicomotor en estas precoces etapas. De los 6 meses a los 2 años sufre una progresiva encefalopatía caracterizada por pérdida de los movimientos de las manos, que son reemplazados por estereotipias motoras características de frotamiento, chupeteo y gestos de "lavado", pérdida del lenguaje previamente adquirido, retraso psicomotor y ataxia. Durante la evolución, el crecimiento craneoencefálico se detiene, resultando una microcefalia. Las habilidades del lenguaje y las conductas de interacción social se sitúan en un nivel de desarrollo propio de los 6 meses-1 año, si bien pueden mantener intereses sociales. Se instaura una incoordinación motora, con apraxia del tronco y de la marcha que puede verse imposibilitada y que, en ocasiones, se acompaña de movimientos coreoatetósicos. Muchos pacientes tienen a su vez cifoescoliosis. Puede existir respiración irregular, con episodios de hiperventilación y de apnea, sobre todo durante el sueño. Se asocia a crisis comiciales en el 75% de los casos, con EEG desorganizado o con trazado epileptiforme en la mayoría de las ocasiones. A medida que el trastorno progresa el tono muscular pasa de una inicial hipotonía a una progresiva espasticidad y rigidez, instaurándose deformidades osteomusculares.

### Curso y pronóstico

El síndrome de Rett es progresivo. En las niñas que llegan a la vida adulta el nivel cognitivo y social es equivalente al que aparece en el primer año de vida, frecuentemente se encuentran limitadas a una silla de ruedas y con grandes restricciones motoras, la supervivencia se halla muy disminuida.

### Tratamiento

Tan sólo se ha demostrado útil el tratamiento sintomático. La fisioterapia es beneficiosa en las disfunciones musculares. Es necesario un tratamiento anticomitial con carbamacepina. La terapia de conducta es útil en el control de conductas autolesivas, y puede resultar muy beneficiosa en la incoordinación respiratoria.

## **Síndrome de asperger**

En 1944 Asperger describió un síndrome clínico que denominó "psicopatía autística", y que se caracteriza por un déficit cualitativo en la interacción social, con restricción de intereses y actividades que adquieren un carácter estereotipado semejante al que acontece en el trastorno autista, pero sin los déficits cognitivos propios de éste, ni retrasos en el desarrollo del lenguaje, si bien éste posee características peculiares con alteración de la comunicación verbal y no verbal. Estos niños presentan preocupaciones inusuales, egocentrismo, dificultades en la coordinación motriz, en la comprensión

## **PSICOSIS INFANTIL, LA REALIDAD QUE PERTURBA EL DESARROLLO. A PROPÓSITO DE UN CASO**

verbal y en el reconocimiento facial, así como rechazo del contacto ocular (11). Si bien, de acuerdo con el DSM IV y CIE 10.<sup>a</sup> (1, 4), el síntoma distintivo entre el síndrome de Asperger y el T. autista es la normalidad del CI y la ausencia del retraso en la adquisición del lenguaje, los déficits neurocognitivos característicos de estos niños les hacen funcionar por debajo de sus posibilidades, y les asemejan al espectro del autismo, siendo considerados por algunos autores como una modalidad atenuada del mismo. Los síntomas suelen reconocerse después de los dos años de vida, y encontrarse algunos rasgos similares en otros miembros de la familia.

### Curso y pronóstico

El pronóstico se considera, en general, mejor que el del t. autista, si bien en la adolescencia es frecuente que presenten trastornos afectivos, t. por ansiedad, síntomas psicóticos o conducta antisocial. En algunos casos se han descrito, también en adolescentes, su asociación con hipersomnia recurrente y trastornos de la conducta (síndrome de Klein-Levin). Son factores asociados a un buen pronóstico un mejor nivel intelectual e interacciones sociales más adaptativas.

### Tratamiento

El tratamiento está en función del nivel de adaptación social y del CI. En aquellos niños más afectados, las técnicas descritas en el tratamiento del t. autista pueden ser útiles.

### **Trastorno desintegrativo**

El trastorno desintegrativo, también conocido como síndrome de Heller, demencia infantil y psicosis desintegrativa de la infancia, fue descrito en 1908 como un deterioro que se produce en el curso de varios meses en la esfera intelectual, social, y de la función verbal, a la edad de 3-4 años, con un desarrollo previo normal, instaurándose finalmente un cuadro clínico similar al observado en el trastorno autista.

### Epidemiología

Los datos epidemiológicos han variado en función de la variedad de criterios diagnósticos usados, pero se estima en 1/100.000 (unas 10 veces menos común que el autismo), que correspondería al 6% de los síndromes autistas. La proporción hombre: mujer es de 4-8:1 (12).

### Características clínicas y diagnóstico

El diagnóstico se realiza en función a las características clínicas, edad de inicio y curso evolutivo. Se inicia comunmente entre los 3-4 años. En las clasificaciones de la APA y de la OMS se establece una edad de inicio mínima de 2 años. El comienzo de la sintomatología suele ser insidioso, durante varios meses, pero puede aparecer también de una forma muy brusca, en días o semanas. En estos primeros momentos, los niños pueden manifestar síntomas de hiperactividad o de ansiedad manifiesta ante la pérdida de funciones. Los rasgos característicos incluyen pérdida de las conductas de

## **PSICOSIS INFANTIL, LA REALIDAD QUE PERTURBA EL DESARROLLO. A PROPÓSITO DE UN CASO**

comunicación, marcada regresión en la interacción recíproca, en las habilidades de autocuidado, con pérdida del control de esfínteres vesical y anal, movimientos estereotipados y crisis epilépticas. Son frecuentes los síntomas afectivos, particularmente los de ansiedad.

### **FACTORES INVOLUCRADOS EN ORIGEN DE UN ESTADO PSICÓTICO EN EL NIÑO**

#### **1. Factores Biológicos**

Fuera del problema de una evolución psicótica que va a complicar secundariamente a una encefalopatía con retardo, no se pudo poner en evidencia, hasta ahora, en los estados psicóticos. La exclusividad de lesiones del sistema nervioso central, anomalías cromosómicas, bioquímicas o de otra naturaleza, que resultaran significativas.

Los factores estudiados con mayor frecuencia son los siguientes:

- Los factores hereditarios evidencian una frecuencia mayor que entre la población general, de trastornos mentales de diversos aspectos, entre los progenitores, abuelos, tíos y tías de los psicóticos. Ciertos estudios en gemelos univitelinos, reflejan que la incidencia de la enfermedad es aproximadamente del 80% entre los gemelos homocigotes, cuando uno de ellos padece un estado psicótico, mientras que desciende a poco menos del 20 % cuando se trata de gemelos heterocigóticos;
- Los antecedentes prenatales, las alteraciones graves del estado del recién nacido (sufrimiento neonatal, prematuridad destacada), los episodios somáticos posnatales (convulsiones y epilepsia en un poco más del 20 % de los casos, particularmente, deshidratación, enfermedades o accidentes diversos), se encuentran aquí con una frecuencia mucho mayor que entre la población general.
- Una deficiencia mental precoz importante, de origen orgánico manifiesto (encefalopatías de diversa etiología), va a provocar con una frecuencia no despreciable, una evolución psicótica.
- GOLDSTEIN (1959), situándose en una perspectiva neurofisiológica, postula la existencia de un trastorno en el registro del aprendizaje, en el que no existe armonía entre la capacidad del sujeto y las exigencias del medio. Estas teorías «sensoriales» admiten la existencia de un trastorno basal que afecta a la percepción y la integración de los estímulos auditivos, visuales y hasta olfatorios. Para PRONOVOST (1966), existe un defecto de los receptores a distancia (visión y audición) y mejor funcionamiento de los receptores de contacto (tacto, gusto...), lo que explicaría el fracaso de la adaptación. Según Rutter el defecto interesaría a la integración de estímulos auditivos, el trastorno primario conduciría al autismo. RIMLAND (1964) estima que existe una gran similitud de comportamiento entre los niños que padecen

## **PSICOSIS INFANTIL, LA REALIDAD QUE PERTURBA EL DESARROLLO. A PROPÓSITO DE UN CASO**

autismo y las víctimas de una privación sensorial importante.

### **2. Condiciones médicas**

En general, las condiciones médicas incluyen los procesos del sistema nervioso central; enfermedades autoinmunes e infecciosas; genético, endocrino, y trastornos metabólicos; desequilibrio de electrolitos; prescripción de medicamentos y drogas de abuso.

- La epilepsia puede presentarse con psicosis (10% -15% de prevalencia de vida), más comúnmente en la epilepsia del lóbulo temporal. Múltiples tipos de convulsiones pueden estar asociados con la psicosis, las crisis parciales y generalizadas o cualquier tipo solo, incluyendo las, tónico-clónicas, ausencia y convulsiones mioclónicas, fueron encontrados en niños con epilepsia y psicosis.
- Tumores cerebrales diagnosticadas, aunque no es común, hay que considerar también, en particular tumores de crecimiento lento, con localización en el sistema límbico o fosa posterior regiones, donde el crecimiento del tumor más probable efectos en la transmisión dopaminérgica. Tipos de tumores más comunes en este grupo de edad son astrocitomas y ependimomas.
- Los trastornos autoinmunes tales como lupus eritematoso sistémico y esclerosis múltiple también se puede presentar con síndromes neuropsiquiátricos, incluyendo síntomas psicóticos, junto con la disfunción cognitiva, psicosis, trastornos de estado de ánimo y ansiedad, y el delirio. Un estudio longitudinal de 20 años encontró síntomas neuropsiquiátricos en casi el 35% de los pacientes con lupus con una edad temprana de inicio de síntomas. Los trastornos tiroideos muestran asociación con la psicosis, incluyendo tanto el hipo e hipertiroidismo y la tiroiditis de Hashimoto. Deficiencia de vitamina B12 también puede precipitar los síntomas psicóticos en los adultos.
- Una revisión reciente de la literatura encontró trastornos psiquiátricos frecuentes en niños y adolescentes con infección por el VIH, como déficit de atención / hiperactividad y trastornos de ansiedad. Un estudio clínico no controlado de 17 niños y adolescentes con VIH-1 encontraron 2 pacientes con síndromes psicóticos y 1 paciente tenía depresión con síntomas psicóticos. En conjunto, esto sugiere que el aumento de casos de adolescentes con VIH puede conducir a un aumento de los trastornos psiquiátricos nuevo episodio y psicosis.
- Los desequilibrios electrolíticos se han asociado con aparición de psicosis, que se producen comúnmente en el marco del delirio. Por ejemplo, calcio, fosfato, sodio, magnesio y trastornos están todos asociados con síntomas psicóticos. Del mismo modo, los metales pesados, como la intoxicación con plomo y cobre deben ser considerados. Se han reportado casos clínicos de la psicosis en el establecimiento de niveles elevados de plomo en niños y adolescentes. Aproximadamente el 40% de los individuos con inicio en la infancia de la enfermedad de Wilson, que está vinculado a anomalías en el metabolismo del cobre,



## **PSICOSIS INFANTIL, LA REALIDAD QUE PERTURBA EL DESARROLLO. A PROPÓSITO DE UN CASO**

presentarse con síntomas neuropsiquiátricos, incluyendo la psicosis.

- Además, más de 60 trastornos congénitos, incluyendo trastornos genéticos y metabólicos y enfermedades de depósito lisosomal, se pueden presentar con la psicosis desde la infancia hasta la edad media. De éstos, el 70% tienen características neurológicas y casi el 30% tienen fenotipos únicos que facilitan el reconocimiento temprano.
- La prevalencia del consumo de drogas recreativas se eleva rápidamente durante los años de la adolescencia, en los Estados Unidos: 15% para el alcohol y el 10% de las sustancias ilícitas. Los efectos potenciales de las sustancias ilícitas en los síntomas psicóticos están relacionadas con la frecuencia de uso, la persistencia de los síntomas durante la abstinencia, y el tipo de droga. Sustancias que se utilizan comúnmente como marihuana, estimulantes y alucinógenos pueden asociarse con síntomas psicóticos, y los estudios a gran escala han reportado la correlación entre la esquizofrenia y el consumo de cannabis, sobre todo en edades más jóvenes.
- La lista de los medicamentos que pueden causar psicosis es muy amplia y va desde los psicoestimulantes, los agonistas dopaminérgicos, anticolinérgicos y derivados de la morfina a los agentes. Sin embargo, la evidencia de este tipo de asociaciones se basa en los informes de casos, y la causalidad directa puede ser difícil de establecer.

### **3. Factores ambientales**

Estas alteraciones son consideradas por muchos autores como determinantes en la génesis de la psicosis. Entre ellos postulan las anomalías relacionales, las perturbaciones de la organización de la personalidad del niño y los fantasmas angustiosos y los mecanismos de defensa puestos en juego contra estas. Se postulan:

- Profundas alteraciones en los intercambios afectivos familiares, particularmente entre madre e hijo, con una inadecuación importante entre ambos. Prout y While, describen la vida mezquina de estas madres proyectando sobre sus hijos los deseos propios, satisfaciendo así necesidades narcisistas insatisfechas de ellas mismas. Lordi, percibe el deseo de algunas madres de apropiarse de su hijo para vencer su sentimiento, de intensa frustración, de vacío, de carencia de plenitud y hasta sentimientos relativos al deseo de aniquilación de sus hijos. Un punto de vista interesante es el representado por el concepto del «desarrollo parental» de Goldfarb y Meyers; consiste en una desorientación, una ausencia de percepción inmediata de las necesidades del niño; este asombroso comportamiento de los padres responde al rechazo masivo de una violencia. En el mismo sentido, Groshen, insiste sobre el efecto nefasto de madres frecuentemente deprimidas, que no son capaces de despertar señales coherentes en ciertos periodos críticos entre los 6 y 8 meses. En el estudio de J. HENRY (1961), se demuestra que la madre de un niño psicótico exacerbará con frecuencia las pulsiones del hijo hasta un grado extremo, por no importa

## **PSICOSIS INFANTIL, LA REALIDAD QUE PERTURBA EL DESARROLLO. A PROPÓSITO DE UN CASO**

cuál medio, obligándolo a reaccionar negativamente al objetivo pulsional perseguido; le enseña a integrarse simultáneamente en un comportamiento a la vez de esquivar y de aproximación en presencia de un estímulo gratificante, lo cual es percibido simultáneamente de forma contradictoria.

- Personalidad de los padres: se observan con gran frecuencia anomalías del carácter y la personalidad. Por ejemplo, se trataría de madres hiperprotectoras, ansiosas, rígidas, obsesivas, o, por el contrario, débiles, inmaduras, quizá muy jóvenes. En la misma perspectiva, se acentúa con frecuencia una ambivalencia, muy neta respecto al niño, con actitudes de rechazo hacia él, de forma más o menos camuflada, pero en realidad masivas; de la misma forma, se invoca una deficiencia paterna.
- Anomalías de comunicación padres e hijos, L. Kafiher, en su estudio primordial sobre 55 casos de autismo infantil, insiste sobre el mecanismo de relaciones humanas: "estos progenitores parecen incapaces de experimentar alegría viendo a sus hijos tal cual son y se esfuerzan en hacerles adquirir calma, apetito, dominio de los esfínteres tan precoz como sea posible, casi todos prestan atención de manera automática a las necesidades materiales únicamente...".

Tabla 3. Algunos modelos básicos de estudio de los Factores etiopatogénicos e indicadores de vulnerabilidad para la EI, de interés clínico.

1. Heredobiológicos y genéticos
  - 1.1. Familiares.
  - 1.2. Gemelares.
  - 1.3. Adoptados.
  - 1.4. Otros.
2. Clínico-integrativos
  - 2.1. Embrionarios.
  - 2.2. "Estigmas degenerativos".
  - 2.3. "Defecto neurointegrativo y orgánico global".
3. Signos neurológicos menores: trastornos esquizofrénicos y trastornos mentales orgánicos.
4. Teorías de la información y comunicación: perturbaciones sensorio-perceptivas de los sistemas complejos de análisis sensorial
  - 4.1. Teorías de la predisposición orgánica, hipersensibilidad y barreras.
  - 4.2. Teorías neurobiológicas límbico-reticulares.

## **PSICOSIS INFANTIL, LA REALIDAD QUE PERTURBA EL DESARROLLO. A PROPÓSITO DE UN CASO**

- 4.3. Teorías sensoperceptivas periféricas y centrales.
  - 4.4. Teorías por trastornos de analizadores sensoriales.
  - 4.5. Teorías basadas en trastornos de atención, concentración, etc.
  - 4.6. Otros.
5. Neuro y psicofisiológicos
    - 5.1. Electroencefalografía.
    - 5.2. Poligrafía; por ej.: de sueño.
    - 5.3. Potenciales evocados.
    - 5.4. Variación contingente negativa.
    - 5.5. Otros trastornos neurofisiológicos.
    - 5.6. Otros modelos psicofisiológicos.
6. Neuropsicológicos
    - 6.1. Sistemas terciarios analizadores y sintetizadores.
    - 6.2. Dominancia cerebral, v.g.: disfunción cerebral izquierda.
    - 6.3. Otros.
7. Bioquímicos
    - 7.1. Sistemas de neurotransmisión y neuromodulación.
    - 7.2. Sistemas psicoendocrinológicos.
    - 7.3. Otros sistemas biológicos, v.g.: autoinmunes.
8. Psicosociales, sociopsicológicos y psicobiológicos.

### **EVOLUCION DE PSICOSIS INFANTILES**

Existen diversas apreciaciones sobre la evolución de las psicosis infantiles, sin embargo, en general, es considerada como grave. *No obstante*, las diversas organizaciones psicóticas se hallan muy lejos de tener el mismo pronóstico.

Así, merced a la observación prolongada, hay que esforzarse en percibir si el funcionamiento mental del niño, sus formas de conducta, son derivadas de una estructura «cerrada», p. ej., una posición autista extremadamente tenaz, pese a los esfuerzos terapéuticos, o parecen indicar, desde las primeras semanas, posibilidades de movilización.

Por otra parte, hemos visto la diversidad de organizaciones psicóticas en función de la edad y la sintomatología. En su conjunto, podemos considerar como de mal pronóstico un déficit mental

## **PSICOSIS INFANTIL, LA REALIDAD QUE PERTURBA EL DESARROLLO. A PROPÓSITO DE UN CASO**

manifiesto, un trastorno clínico intenso y precoz, profundas anomalías del lenguaje (bien sea un retraso grave, perturbaciones masivas o, aún más, su no aparición), la ausencia o casi de escolarización.

Podemos esquematizar así las posibles evoluciones de una psicosis infantil:

- El riesgo mayor es la evolución deficitaria, puede ser global, con un aspecto de deficiencia psicótica evidente o más parcial, conservando los sectores «instrumentales» con funcionamiento correcto y hasta con capacidad de rendimientos notables; algunos niños poseen, hasta posibilidades amnésitas o de cálculo mental (algunos «calculadores de teatro») realmente extraordinarias, mientras que su eficiencia general es pobre e insatisfactoria.
- El funcionamiento psicótico puede persistir, pero evolucionar de diversas maneras. Los intercambios relacionales serán extremadamente reducidos y fugitivos, o bien quedarán señalados por la aparición de relaciones de objeto tardías y atípicas, en las que pueden observarse todos los trastornos del lenguaje, raro, asintáxico y utilizado, no en su dimensión simbólica, sino tras una manipulación curiosa y personal de las palabras. Algunos niños evolucionan hacia una situación psicótica que permite posibilidades más amplias de aprendizaje, adaptación e intercambios; a la edad adulta presentan muchas veces un aspecto psíquico muy juvenil, conductas raras, relaciones pobres, adquisiciones reducidas y focalizadas.
- Se observa con una frecuencia variable según los autores, el aspecto de disociación esquizofrénica secundaria en las psicosis infantiles francas. En conjunto, los antiguos psicóticos infantiles, llegados a la adolescencia o a la edad adulta, no se presentan como esquizofrénicos.
- Otros parecen haber evolucionado más bien hacia un estado «border-line». Los trastornos importantes del comportamiento y del carácter, asociados a una dificultad más o menos grande de tener verdaderas relaciones afectivas estables y positivas, representan otra modalidad evolutiva que da lugar a una patología del carácter en la que no parece profundamente alterado el sentido de la realidad pese a que, sin embargo, existen ciertos momentos en el que los pasos al acto traducen lo precario de su estado.
- Manifestaciones de tinte neurótico, con ciertas conductas de aspecto obsesionante o fóbico, expresiones de una angustia que no parece haber sido vivenciada como una destrucción de la coherencia del «sí mismo», pudiendo enmascarar un funcionamiento psicótico o bien traducir una neurotización más auténtica con conflictos que al análisis psicológico parecen más ligados a exigencias pulsionales y a un cierto grado de represión interna que a una confrontación entre el ello y la realidad. Esta última evolución es la más favorable.

# **PSICOSIS INFANTIL, LA REALIDAD QUE PERTURBA EL DESARROLLO. A PROPÓSITO DE UN CASO**

## **CURSO Y PRONOSTICO DE EZQUIZOFRENIA INFANTIL**

En la Esquizofrenia Infantil el inicio suele ser insidioso y el curso crónico, con un alto porcentaje (54-90%) de síntomas prodrómicos como hiperactividad y déficit de atención, alteraciones de conducta y síntomas relacionados con trastornos generalizados del desarrollo como ecolalias, rituales, estereotipias, retrasos del lenguaje y del desarrollo psicomotor. Tanto en la Esquizofrenia de inicio precoz como la de inicio tardío, el comienzo puede seguir tres patrones: en algunos casos aparece de forma aguda, sin signos premórbidos aparentes, observándose en ocasiones un estrés físico o psicosocial previo. Más frecuentemente comienzan los síntomas de manera insidiosa, afectando negativamente al funcionamiento familiar, escolar y social. Por último, este comienzo puede sufrir una exacerbación aguda que haga más manifiesta la sintomatología. Algunos niños que posteriormente desarrollan un trastorno esquizofrénico son descritos como inhibidos, aislados y sensitivos, con antecedentes frecuentes de rasgos de personalidad excéntrica o por evitación. El pronóstico es malo, sobre todo en la de inicio precoz, con un alto porcentaje de evolución a la cronicidad y hacia la esquizofrenia indiferenciada y residual del adulto. El riesgo de suicidio y de muerte asociado a conductas influenciadas por síntomas psicóticos especialmente alucinaciones visuales es del 5-15%. Algunos datos de mejor pronóstico son el inicio tardío, el comienzo agudo, la mejor adaptación previa con ausencia de retraso mental, trastornos de personalidad y síntomas premórbidos, y la presencia de sintomatología afectiva (3).

## **EPIDEMIOLOGIA**

La baja incidencia y prevalencia que las psicosis tienen en la infancia, hizo que no se dispusiera de muestras homogéneas, ni lo suficientemente grandes como para poder extraer de ellas datos y estables que pudieran utilizarse para protocolizar la práctica clínica. Dentro de este grupo es importante la diferenciación entre la evolución de los autismos y las esquizofrenias (problema clásico) y entre el diagnóstico diferencial precoz de las esquizofrenias y algunos trastornos bipolares o esquizoafectivos.

Los trastornos del espectro autista se diferencian de la esquizofrenia en sus tasas de prevalencia. Para el autismo, estas son según criterios diagnósticos clásicos de un 4 por 10.000, pero a la luz de los espectros actuales ha aumentado a 20,6 casos por 10.000 en niños de coeficiente intelectual inferior a 70 y en el 14,9 por 10.000 en casos de coeficiente intelectual superior a 70 (autismo con alto funcionamiento cognitivo). Lo que equivale a un 35,5 por 10.000, pero las cifras posteriores aumentan a 60 por 10.000.

La EI es rara antes de los 12 años, y aunque existen pocos datos epidemiológicos, la incidencia se estima en 0,1% al año, con una edad de inicio más precoz y un predominio en varones 2:1. En la adolescencia aumenta la incidencia, aproximándose a la de los adultos, y desaparecen las diferencias por sexos. Afecta más a clases socioeconómicas desfavorecidas y suelen existir antecedentes

## **PSICOSIS INFANTIL, LA REALIDAD QUE PERTURBA EL DESARROLLO. A PROPÓSITO DE UN CASO**

familiares de esquizofrenia y t. afectivos.

La relación entre varones y mujeres en la esquizofrenia marca un ligero predominio en varones, por el contrario, en el caso del espectro autista existe un claro predominio, en varones 3-4/1. Por otro lado el retraso mental en el autismo llegaría a cifra 75-80% de los casos (CI menos del 70 %), aparecerían también en el autismo crisis epilépticas que oscila entre el 14 y el 30% situación diferente en la esquizofrenia.

La edad de inicio del cuadro clínico del espectro autista suele manifestarse antes de los 3 años de edad, mientras que el inicio de la esquizofrenia es prepuberal suele ser antes de los 7-8 años.

### **DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES**

Existen patologías infantiles que pueden prestarse a discusión con los estados psicóticos y entrañan una confusión, siendo un diagnóstico diferencial difícil, por el gran número de trastornos que pueden presentarse con síntomas psicóticos, como los trastornos del estado de ánimo, trastornos por uso de sustancias, trastornos de ansiedad, y trastornos generalizados del desarrollo. Una historia de trauma temprana o tardía infancia sin un diagnóstico de trastorno de estrés postraumático también se asocia con el auto-reporte de síntomas psicóticos.

- La sordera: la sordera y la evolución psicótica pueden estar asociados, por las profundas anomalías en la comunicación que provoca. Sería considerado como un factor que favorece la evolución psicótica. Por ello la regla de efectuar un audiograma en todo niño con trastornos en la aparición y desarrollo del lenguaje.
- El comportamiento retraído depresivo: Ciertas conductas de repliegue del niño sobre sí mismo, de huida, de evitar la relación con otros, en un contexto de depresión ligada a una separación prolongada entre el lactante y su madre y una carencia importante de cuidados sustitutivos satisfactorios, pueden parecer, erróneamente, un estado psicótico. Ciertas hospitalizaciones prolongadas de lactantes enfermos, algunas situaciones nutricias en muy malas condiciones, pueden ser, por ejemplo, la causa. Cuando el niño queda nuevamente a cargo de su madre o si llega a vivir en un ambiente personalizado, caluroso y estimulante la retracción va desapareciendo progresivamente. Sin embargo, ciertas situaciones de separaciones repetidas y carencias afectivas masivas, prolongadas, puedan favorecer secundariamente una evolución psicótica.
- Ciertas estructuras mentales arcaicas: los importantes retrasos del tipo instrumental (esencialmente en el lenguaje, retraso intelectual), caracterizados por una expresión fantasmática bastante cruda, pueden evocar un funcionamiento psicótico. Pero las anomalías relacionales son mucho menos masivas, con un retraso en la aparición de las posibilidades de dominio mental, de una vida de pulsiones todavía primarias, que de una organización caracterizada por los diferentes rasgos psicóticos. Ciertos retrasos o

## **PSICOSIS INFANTIL, LA REALIDAD QUE PERTURBA EL DESARROLLO. A PROPÓSITO DE UN CASO**

inorganizaciones de la personalidad, ligados a una carencia afectiva precoz, pueden dar lugar a un tal retraso pseudopsicótico.

- Los TGD y T. autista: tienen una edad de inicio es más precoz, predominan las desviaciones del lenguaje y de la interacción social con ausencia de síntomas psicóticos de la fase aguda de la esquizofrenia. En los niños que no han desarrollado el lenguaje verbal no es posible hacer el diagnóstico de EI y suelen ser considerados como autistas, raramente, estos trastornos pueden coexistir.
- Deficiencia mental: en muchos niños, un examen profundo no muestra ninguno de los diferentes elementos ya citados en la estructura psicótica, lo cual no descarta la posible aparición.
- Condiciones de enfermedades: infecciosas que cursan con fiebre alta, alteraciones metabólicas, tratamientos médicos, etc, pueden presentar con frecuencia alucinaciones en niños normales.
- Hay que distinguir los auténticos delirios y alucinaciones del componente fantasioso que acompaña a los juegos, de las ilusiones, alucinaciones hipnopómpicas e hipnagógicas y de los fenómenos propios de creencias religiosas o culturales.
- La comorbilidad de abuso de sustancias, trastorno afectivo y esquizofrenia: es cifrado en un 50% por algunos estudios, pudiendo actuar el tóxico como factor etiológico o desencadenante, por lo que en estos casos es imprescindible valorar el curso de la sintomatología.
- Trastornos de personalidad (borderline, esquizoide, esquizotípico) son más inconstantes las alucinaciones y delirios y más estables las características patológicas de la interacción interpersonal y social.
- TOC: los pacientes reconocen sus pensamientos como irracionales y producto de su propio pensamiento, aunque las peculiares características cognoscitivas a estas edades y la frecuencia con que aparecen síntomas obsesivo-compulsivos en la esquizofrenia en ocasiones dificultan su distinción.
- Trastorno esquizoafectivo y Bipolar: a menudo se acompañan en la adolescencia de síntomas esquizofreniformes al inicio, por lo que sólo la evolución podrá confirmar el diagnóstico.
- Otros diagnósticos diferenciales que deben tenerse en cuenta son los estados disociativos, T. por déficit de atención, T. del desarrollo del lenguaje, etc

### **COMORBILIDADES**

Los estudios de niños y adolescentes que presentan psicosis sugieren una alta comorbilidad de estado de ánimo y la psicosis. Algunos estudios sugieren, que los niños con psicosis de inicio en la infancia, el 30% cumplió con los criterios para la esquizofrenia, un 4,6% para el trastorno

## **PSICOSIS INFANTIL, LA REALIDAD QUE PERTURBA EL DESARROLLO. A PROPÓSITO DE UN CASO**

esquizoafectivo, 12% para el trastorno depresivo mayor con síntomas psicóticos, y 15,2% para el trastorno bipolar. Resultados similares fueron reportados en otra investigación a gran escala de los jóvenes con psicosis. Por lo tanto, los síntomas psicóticos no son específicos de trastornos psicóticos y pueden producirse en el contexto de otros dominios de la psicopatología.

Tasas reportadas en poblaciones prodrómicas:

- Los trastornos del humor se han identificado con mayor frecuencia en las poblaciones que se presentan con presuntos síntomas prodrómicos, con tasas de trastornos afectivos de 40% a 61%.
- Los trastornos de ansiedad también son comúnmente identificados, a tasas que van del 16% al 46%.
- Aunque los trastornos por uso de sustancias son comunes entre los pacientes con esquizofrenia, las tasas reportadas en poblaciones prodrómicas y de alto riesgo han oscilado entre el 4% y el 25%.
- Una variedad de trastornos de la infancia también se han reportado entre las poblaciones prodrómicas de riesgo, el TDAH (14%-56%), los trastornos de externalización (28% - 56%), trastornos del desarrollo, trastornos de tics y trastornos del aprendizaje.

### **EVALUACION DE LAS PSICOSIS INFANTILES**

- En la evaluación de los niños con síntomas psicóticos, es necesaria una exhaustiva valoración neurológica y pediátrica, que descarte patología somática susceptible de simular sintomatología psicótica, como tumores intracraneales, epilepsia, malformaciones congénitas, enfermedades degenerativas, enfermedades de almacenamiento, trastornos metabólicos, enfermedades autoinmunes, encefalopatías tóxicas e infecciosas e ingesta de medicamentos o sustancias adictivas, entre otras.
- Las pruebas neuropsicológicas no se puede utilizar para establecer el diagnóstico, pero puede ser importante para la documentación de los déficits cognitivos y para el tratamiento y la planificación académica. Es conveniente realizar una evaluación del CI mediante pruebas instrumentales como el WISC-R, o el WAIS en adolescentes. Existen escalas elaboradas para ayudar en la valoración específica de síntomas psicóticos como la Kiddie-SADS (Escala de trastornos afectivos y esquizofrenia para niños en edad escolar) y la K-FTDS (Escala para el trastorno del curso del pensamiento).
- Se incluye toxicología de drogas recreativas, hemograma completo, pruebas de función tiroidea, el panel metabólico completo, anticuerpos antinucleares, el VIH, B12, RPR, niveles de calcio, fósforo, cobre, ceruloplasmina y de metales pesados en suero, y genética pruebas.
- En los casos de psicosis persistente o casos con condiciones neurológicas sospechosos, se recomienda una evaluación con resonancia magnética. Aunque de bajo rendimiento en grandes cohortes de individuos con el primer episodio de psicosis, las imágenes cerebrales se debe



## **PSICOSIS INFANTIL, LA REALIDAD QUE PERTURBA EL DESARROLLO. A PROPÓSITO DE UN CASO**

considerar antes de emitir el diagnóstico de enfermedad mental grave. La utilidad de diagnóstico de obtener electroencefalogramas en pacientes con psicosis es limitada y debe ser guiado por índice de sospecha de convulsiones.

- Las pruebas genéticas se indica si están asociados síndromes dismórficos o características sindrómicas. Del mismo modo, las pruebas para descartar síndromes o enfermedades específicas (por ejemplo, aminoácidos de los errores innatos del metabolismo, ceruloplasmina para la enfermedad de Wilson, porfobilinógeno en la porfiria aguda intermitente) están indicados para presentaciones clínicas sugestivas del síndrome en cuestión.

### Tabla 4- Evaluación de psicosis Infantiles

#### 1- Historia clínica general

- Valoración adecuada del estadio del desarrollo evolutivo y sus características generales.
- Edad de comienzo de la enfermedad y su evolución.
- Historia médica y familiar.

#### 2- Examen médico actual

- Exploración física para detectar signos asociados.
- Evaluar posible abuso de sustancias.
- Exploración neurológica y pruebas de neuroimagen electroencefalograma.

#### 3- Aspectos psicológicos y de comunicación

- Valoración del nivel intelectual (cociente intelectual) y
- Valoración de la capacidad adaptativa.
- Pruebas proyectiva.
- Valoración de las habilidades para la comunicación académica y familiar.

## **DIAGNOSTICO**

Los diagnósticos en niños y adolescentes se basan con frecuencia en los síntomas emergentes, y es imposible predecir el futuro de la enfermedad; por lo tanto muchos diagnósticos se basan en información longitudinal a través de la evaluación necesaria para la claridad de diagnóstico.

"Síndrome de la psicosis atenuada" en el DSM- V especifica los criterios para un trastorno en el que los síntomas psicótico sub-sindrómicos están presentes y son angustiantes pero no alcanzan

## **PSICOSIS INFANTIL, LA REALIDAD QUE PERTURBA EL DESARROLLO. A PROPÓSITO DE UN CASO**

umbral para un trastorno psicótico, actualmente un diagnóstico formal asociado a síntomas sub-sindrómicos en los niños, no existe.

No obstante el diagnóstico de la esquizofrenia en niños y adolescentes se realiza utilizando los mismos criterios que en los adultos, siguiendo los criterios establecidos por el *DSM-5*<sup>2</sup> o *Clasificación Internacional de Enfermedades, décima revisión y de supervisión*, según este se requiere que dos o más síntomas característicos, es decir, alucinaciones, delirios, lenguaje desorganizado, comportamiento desorganizado o catatónico, y / o síntomas negativos, debe estar presente durante al menos 1 mes (o menos si son tratados con éxito). Durante esta fase activa, alucinaciones, delirios, o lenguaje desorganizado deben estar presentes. La evidencia de la enfermedad debe estar presente durante al menos 6 meses y debe ser asociado con una disminución significativa en el funcionamiento social u ocupacional. En los niños y adolescentes, disminución de la función puede incluir la imposibilidad de lograr niveles adecuados a la edad del desarrollo interpersonal o académica. La *Clasificación Internacional de Enfermedades, décima revisión y de los criterios de diagnóstico* son similares a los del *DSM-5* criterios, excepto que la duración total de la enfermedad requerida es de al menos 1 mes.

La esquizofrenia según la definición de los *DSM-5* se diferencia del *DSM-IV-TR* porque ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado no son necesarios para el diagnóstico. Por lo tanto a las alucinaciones y delirios extraños ya no se le otorga el estatuto especial de diagnóstico.

### **LINEAS DE TRATAMIENTO**

El tratamiento de la EI requiere programas multimodales que incluyan terapia psicofarmacológica e intervenciones que apoyen las necesidades educacionales, sociales y psicológicas del niño y la familia. Las psicoterapias individuales en adolescentes y psicoterapia familiar pueden ser útiles y los neurolépticos (NL) son casi siempre necesarios pero no siempre eficaces.

Los ensayos controlados de los agentes antipsicóticos atípicos para la esquizofrenia de inicio temprano, sugieren que muchos individuos no responden adecuadamente a los agentes disponibles y son vulnerables a los efectos adversos, en particular los efectos secundarios metabólicos y sedativos. Los antipsicóticos de segunda generación son los fármacos de elección en niños y adolescentes. La clozapina es el tratamiento de elección en casos resistentes a los neurolépticos convencionales o cuando aparecen síntomas extrapiramidales. La medicación neuroléptica depot no está recomendada en la EI, tan solo en aquellos adolescentes con síntomas psicóticos crónicos y mala cumplimiento de la medicación vía oral. En cualquier caso, las dosis empleadas deben ser las más bajas efectivas.

- El tratamiento farmacológico debe mantenerse durante 4-6 semanas antes de evaluarse adecuadamente la respuesta. Si no hay respuesta después de este periodo debe utilizarse otro antipsicótico.

## **PSICOSIS INFANTIL, LA REALIDAD QUE PERTURBA EL DESARROLLO. A PROPÓSITO DE UN CASO**

- No hay suficiente información sobre TEC en niños y adolescentes. El litio puede ser efectivo en algunos casos asociados a los neurolépticos. Sobre otras medicaciones propuestas como BDZ, anticonvulsivantes o b-Bloqueantes no existen datos concluyentes sobre su eficacia.
- Otras medicaciones tales como antidepresivos, estabilizadores del humor pueden utilizarse para tratar la depresión o la ansiedad una vez que se haya realizado el tratamiento con el fármaco antipsicótico.
- Los tratamientos psicoeducativos, la terapia familiar y las terapias cognitivo conductuales también están indicados tener en cuenta los aspectos académicos y laborales, para lo que se debe contar con profesores, técnicos laborales y trabajadores sociales.

### **RECOMENDACIONES**

- 1- Los jóvenes con sospecha de esquizofrenia debe ser cuidadosamente evaluado para otras condiciones pertinentes clínicos y / o problemas asociados, incluyendo las tendencias suicidas, trastornos comórbidos, abuso de sustancias, discapacidades del desarrollo, los factores estresantes psicosociales y problemas médicos. Cuando están presentes, los síntomas psicóticos activos son generalmente priorizados como el principal objetivo para el tratamiento. Condiciones comórbidas, tales como el abuso de sustancias, pueden responder mejor al tratamiento una vez que se estabilizan los síntomas agudos de la esquizofrenia. Sin embargo, los síntomas que amenazan la vida, como el comportamiento suicida o conductas agresivas graves, deben ser priorizados en el plan de tratamiento.
- 2- No hay neuroimagen, pruebas psicológicas, o de laboratorio que establecen un diagnóstico de esquizofrenia. La evaluación médica se centra en descartar causas no psiquiátricas de la psicosis y el establecimiento de los parámetros de laboratorio de referencia para el seguimiento de la terapia con medicamentos. Una evaluación más extensa está indicada para presentaciones atípicas, como un deterioro grave de las capacidades cognitivas y motoras, síntomas neurológicos focales o delirio.
- 3- Los antipsicóticos son el tratamiento principal para los trastornos del espectro esquizofrénico en niños y adolescentes. Los agentes atípicos a menudo se consideran el tratamiento de elección. Se han realizado varios ensayos controlados de agentes antipsicóticos para EI, aunque todas tienen limitaciones y se necesitan más estudios. Estudios más antiguos apoyan el uso de Loxapinay el Haloperidol. Para los adolescentes con síntomas psicóticos, ensayos agudos controlados aleatorios patrocinado por la industria apoyan la eficacia de la Risperidona (n = 257) y el Aripiprazol (n = 302). Un estudio patrocinado por la industria encontró olanzapina ser superior al placebo en calificaciones de los síntomas de la psicosis (n = 107). Sin embargo, la tasa de respuesta global para la Olanzapina fue baja (38%) y no difirió del placebo. En jóvenes con trastornos psicóticos más ampliamente definidos (n = 50), la olanzapina se mantuvo significativamente más efectiva que la Risperidona y el Haloperidol. La proporción de pacientes que respondieron a las 8 semanas

## **PSICOSIS INFANTIL, LA REALIDAD QUE PERTURBA EL DESARROLLO. A PROPÓSITO DE UN CASO**

de la Olanzapina (88%), Risperidona (74%), y el Haloperidol (53%) no fue significativamente diferente. Sedación, efectos secundarios extrapiramidales y el aumento de peso eran comunes en los tres grupos. Un pequeño ensayo controlado aleatorio de 6 semanas de adolescentes con primer inicio de la psicosis (n = 22) no encontró diferencias significativas en la eficacia o tolerabilidad entre la Risperidona y la Quetiapina. Del mismo modo, un estudio de 8 semanas de jóvenes con diferentes enfermedades psicóticas (n = 30) no encontraron diferencias en la eficacia entre la Olanzapina, Risperidona y la Quetiapina. Una encuesta nacional de reclamaciones de Medicaid 2001-2005 encontró que aproximadamente el 75% de los jóvenes diagnosticados con un trastorno relacionado con la esquizofrenia suspendió su medicamento antipsicótico atípico (Aripiprazol, Risperidona, Quetiapina, Olanzapina o Ziprasidona, N = 1745) dentro de los 18 meses del inicio del tratamiento. No hubo diferencias en las tasas de abandono del tratamiento o la necesidad de hospitalización psiquiátrica entre los diferentes agentes. En este momento, la mayoría de los agentes atípicos y tradicionales, con la excepción de la Clozapina, se puede utilizar como opciones de tratamiento primario para Esquizofrenia en adol. La Risperidona, Aripiprazol, Quetiapina, la Paliperidona y Olanzapina están aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos para el tratamiento de la esquizofrenia en adolescentes de 13 años y más. Haloperidol y Molindone también están aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos para el tratamiento de la esquizofrenia en jóvenes de 13 años. Sin embargo, la producción de molindona fue suspendido por el fabricante. Los datos de seguridad y eficacia que abordan el uso de medicamentos antipsicóticos para Esquizofrenia en la infancia, siguen siendo limitados y en su mayor parte reflejan el uso a corto plazo. No se disponen de ensayos comparativos. La elección del agente a utilizar se basa normalmente en la aprobación de la Administración de Alimentos y Medicamentos. Las respuestas individuales a diferentes antipsicóticos son variables, y si los efectos insuficientes son evidentes después de un ensayo de 6 semanas usando dosis adecuadas, un agente antipsicótico diferente deben ser probado. El riesgo de ganar peso con olanzapina puede limitar su uso como un agente de primera línea. Un ensayo patrocinado por la industria de la ziprasidona para adolescentes con esquizofrenia se terminó prematuramente en 2009 a causa de una falta de eficacia. Por lo tanto, ziprasidona probablemente no debería ser considerado para esta población a menos que otros datos que apoyen la eficacia estén disponibles. Antipsicóticos de depósito no se han estudiado en los grupos de edad pediátrica y tienen riesgos inherentes a la exposición a largo plazo a los efectos secundarios. Por lo tanto, deben ser considerados sólo en adolescentes con esquizofrenia con síntomas psicóticos crónicos documentados y una historia de mala adherencia a la medicación.

- 4- La terapia de medicamentos en curso debe ser proporcionada para mejorar el funcionamiento y prevenir las recaídas. La mayoría de las personas con esquizofrenia necesitan tratamiento a largo plazo y tienen un riesgo significativo de recaída si su medicación antipsicótica se interrumpe. El objetivo es mantener el medicamento en la dosis efectiva más baja para reducir al mínimo los efectos adversos potenciales. Muchos jóvenes continuarán experimentando algún grado de los síntomas positivos o negativos, lo que requiere tratamiento continuo. La dosis de la medicación

## **PSICOSIS INFANTIL, LA REALIDAD QUE PERTURBA EL DESARROLLO. A PROPÓSITO DE UN CASO**

del paciente debe ser reevaluada en el tiempo, con el objetivo de mantener las dosis efectivas y minimizar los efectos secundarios. Los ajustes en los medicamentos deben ser graduales, con un seguimiento adecuado de los cambios en la gravedad de los síntomas. Después de una remisión prolongada, un pequeño número de personas pueden ser capaces de interrumpir la medicación antipsicótica sin reaparición de la psicosis. En estas situaciones, el seguimiento longitudinal periódico todavía se recomienda debido a que algunos de estos pacientes pueden eventualmente experimentar un episodio psicótico.

- 5- Algunos jóvenes con trastornos del espectro de la esquizofrenia se puede beneficiar de tratamientos con medicamentos complementarios para hacer frente a los efectos secundarios del agente antipsicótico o para aliviar la sintomatología asociada (por ejemplo, agitación, inestabilidad del ánimo, la depresión, los arrebatos explosivos). Medicamentos complementarios de uso común en la práctica clínica incluyen agentes antiparkinsonianos (efectos secundarios extrapiramidales),  $\beta$ -bloqueantes (acatisia), estabilizadores del ánimo (inestabilidad estado de ánimo, la agresión), antidepresivos (depresión, síntomas negativos), y/ o benzodiazepinas (ansiedad, insomnio, acatisia ). Las benzodiazepinas también son usadas como tratamientos primarios para la catatonía. No hay estudios que aborden sistemáticamente el uso de agentes adyuvantes en jóvenes con esquizofrenia. Aunque los agentes adyuvantes son ampliamente utilizados en adultos con esquizofrenia, se necesita más investigación para establecer su eficacia. Ensayos de medicamentos deben llevarse a cabo de forma sistemática para evitar la polifarmacia innecesaria.
- 6- La Clozapina se debe considerar para los jóvenes del espectro esquizofrenico resistente al tratamiento trastornos. La Clozapina es el único agente antipsicótico para el que no se establece la superioridad sobre otros agentes. Fue más beneficioso que el Haloperidol (n = 21) o altas dosis de Olanzapina (n = 39) para los síntomas positivos y negativos (n = 21) y superior a la Olanzapina para los síntomas negativos (n = 25). Sin embargo, debido a los efectos secundarios potenciales, Clozapina se reserva para casos refractarios de tratamiento, es decir, los pacientes con dos o más ensayos fallidos de un agente antipsicótico de primera línea. Antes de utilizar la clozapina, es importante revisar el estado y el tratamiento la historia clínica del niño para asegurar que la presentación refleje con precisión el tratamiento de esquizofrenia refractaria. Para los casos complicados o el diagnóstico aparente de la esquizofrenia en niños menores (por ejemplo <12 años), una segunda opinión diagnóstica puede estar justificada. Es necesaria la vigilancia sistemática de los efectos secundarios, incluyendo los protocolos establecidos para el seguimiento de hemograma, recuentos de glóbulos blancos y neutrófilos absolutos. Estos se obtienen al inicio del estudio y cada semana durante los primeros 6 meses para vigilar el riesgo de agranulocitosis. Estos protocolos requieren un esfuerzo coordinado entre la farmacia, laboratorio y médico para asegurarse de que los parámetros de recuento de sangre están siendo monitoreados simultáneamente con las recetas.
- 7- Realizar control de seguimiento de los síntomas, efectos secundarios, y pruebas de laboratorio. Los medicamentos antipsicóticos deben ser monitoreados sistemáticamente en sus efectos secundarios por recomendaciones específicas de la Academia Americana de Psiquiatría Infantil y

## **PSICOSIS INFANTIL, LA REALIDAD QUE PERTURBA EL DESARROLLO. A PROPÓSITO DE UN CASO**

Adolescente. Al utilizar agentes antipsicóticos de segunda generación, es particularmente importante controlar las funciones metabólicas y aumento de peso. Los jóvenes parece ser especialmente propensos a los efectos secundarios metabólicos, incluyendo los riesgos a largo plazo de la diabetes y la hiperlipidemia. En un estudio de la terapia antipsicótica (n = 272, 4-19 años) se observaron ganancias de peso en promedio de 4,4 kg con aripiprazol, 5,3 kg de risperidona, 6,1 kg de quetiapina y 8,5 kg de olanzapina en más de aproximadamente 12 semanas de tratamiento. Las indicaciones de tratamiento incluían la psicosis, los trastornos del estado de ánimo, y/ o trastornos del comportamiento disruptivo. Un grupo comparativo de jóvenes psiquiátricamente enfermos que no reciben un agente antipsicótico (n = 15) ganaron sólo 0,2 kg durante el mismo período de tiempo. Los aumentos significativos en el colesterol y / o triglicéridos se observaron en los sujetos que tomaron olanzapina, quetiapina, risperidona. Estos datos ponen de relieve el importante riesgo de aumento de peso con agentes de segunda generación en niños y adolescentes y auguran riesgos a largo plazo para los problemas cardiovasculares y metabólicas. Por lo tanto, es importante que las funciones metabólicas y factores de riesgo son monitoreados sistemáticamente, incluyendo el índice de masa corporal, glucosa en ayunas, los triglicéridos en ayunas, el ayuno colesterol, circunferencia de la cintura, la lipoproteína de lipoproteína / de baja densidad de alta densidad, presión arterial, y los síntomas de diabetes. A pesar de los riesgos metabólicos son ampliamente reconocidas, la mayoría de los pacientes que toman medicamentos antipsicóticos no se controlan adecuadamente.

Las guías de consenso recomiendan lo siguiente:

- Al inicio del estudio, evaluar antecedentes familiares del paciente de la obesidad, la diabetes, las enfermedades cardiovasculares, la dislipidemia o hipertensión.
- Evaluar y documentar el índice de masa corporal del paciente al inicio del estudio, a las 4, 8, y 12 semanas, y al menos cada 3 meses desde entonces, o más a menudo como se indica.
- Evaluar y documentar la glucosa en ayunas del paciente, perfil lipídico en ayunas, y la presión arterial al inicio del estudio y después de 3 meses de tratamiento. Si los resultados son normales después de 3 meses de tratamiento, monitorización de la glucosa y la presión arterial se recomienda anualmente. Si el perfil lipídico es normal después de 3 meses, el control de seguimiento se recomienda por lo menos cada 5 años. Estas directrices de consenso fueron desarrollados para todos los grupos de edad. Recomendaciones para los pacientes pediátricos sugieren el seguimiento de los parámetros metabólicos cada 6 meses, con un seguimiento más frecuente según criterio clínico.
- Todos los pacientes con prescripción de antipsicóticos deben ser advertidos de la importancia de un estilo de vida saludable, la dieta sana y el ejercicio de rutina. Si un paciente desarrolla un aumento de peso significativo o evidencia de síndrome metabólico (obesidad, hipertensión, dislipidemia, y resistencia a la insulina), las

## **PSICOSIS INFANTIL, LA REALIDAD QUE PERTURBA EL DESARROLLO. A PROPÓSITO DE UN CASO**

opciones incluyen el cambio a un agente antipsicótico diferente con riesgo metabólico más bajo o la adición de un agente que se dirige a los problemas metabólicos (por ejemplo, metformina).

- Síntomas extrapiramidales, incluyendo distonía, acatisia, discinesia tardía, y el síndrome neuroléptico maligno, puede ocurrir con los agentes tradicionales o atípicos y necesitan ser evaluados periódicamente durante todo el tratamiento. Las mediciones estandarizadas, como el de movimientos escala de involuntarios anormales y la Escala de puntuación neurológica, son útiles para el seguimiento de los movimientos anormales y los efectos secundarios neurológicos. El uso de agentes antiparkinsonianos profilácticos puede ser considerado, especialmente en aquellos con riesgo de distonías agudas o tiene antecedentes de reacciones distónicas. La necesidad de agentes antiparkinsonianos debe ser reevaluado después de la fase aguda del tratamiento o si las dosis se reducen, ya que muchos pacientes no los necesitan durante el tratamiento a largo plazo.
  - Otros eventos adversos observados con los agentes antipsicóticos incluyen sedación, hipotensión ortostática, la disfunción sexual, la hiperprolactinemia, cambios electrocardiográficos (incluyendo prolongación del intervalo QT corregido), transaminasas hepáticas elevadas y alteraciones hepáticas. En los adultos, los agentes antipsicóticos tradicionales y atípicos se asocian a un mayor riesgo de muerte súbita. La muerte súbita es muy poco frecuente en la población pediátrica. Sin embargo, los médicos deben ser conscientes de los posibles efectos de estos agentes en el funcionamiento cardíaco, incluyendo la prolongación del intervalo QT corregido, y monitorear adecuadamente.
- 8- Las intervenciones psicoterapéuticas deben proporcionarse en combinación con las terapias de medicamentos. Hay muy pocos estudios sobre los tratamientos psicosociales para los jóvenes con esquizofrenia. La psicoeducación, incluyendo seminarios para padres, sesiones de resolución de problemas, la terapia ambiental (mientras que los sujetos fueron hospitalizadas), y redes (reintegrando los sujetos de nuevo en sus escuelas y comunidades), se asoció con menores tasas de rehospitalización en una pequeña muestra de adolescentes con Esquizofrenia. En un estudio separado, los jóvenes que recibieron tratamiento cognitivo más el tratamiento psicoeducativo mostró mayores mejoras en principios de procesamiento de la información visual al año de seguimiento, aunque no se encontraron mejoras significativas a corto plazo. Una prueba de 3 meses de la terapia de rehabilitación cognitiva, en comparación con el tratamiento estándar, se asoció con mejoras en la capacidad de planificación y flexibilidad cognitiva en adolescentes con esquizofrenia. Aunque se necesitan más estudios, los jóvenes deberían beneficiarse de las psicoterapias complementarias diseñadas para remediar la morbilidad y promover la adhesión al tratamiento. Estrategias para el paciente incluyen la psicoeducación sobre las opciones de la enfermedad y tratamiento, entrenamiento en habilidades sociales, prevención de recaídas, la

## **PSICOSIS INFANTIL, LA REALIDAD QUE PERTURBA EL DESARROLLO. A PROPÓSITO DE UN CASO**

formación básica para la vida, y las habilidades o estrategias de resolución de problemas. Psicoeducación para la familia también está indicado para aumentar su comprensión de la enfermedad, las opciones de tratamiento, el pronóstico y el desarrollo de estrategias para hacer frente a los síntomas del paciente. Algunos jóvenes necesitarán programas educativos especializados y / o programas de formación profesional para hacer frente a los déficits cognitivos y funcionales asociados con la enfermedad.

- 9- La terapia electroconvulsiva puede ser usado con adolescentes severamente deteriorados si los medicamentos no son útiles o no pueden ser toleradas. La evidencia de la investigación apoya el uso de la terapia electroconvulsiva (TEC), por lo general en combinación con la terapia antipsicótica, como tratamiento para la esquizofrenia en adultos. TEC se utiliza generalmente para los pacientes que no responden adecuadamente o no toleran los medicamentos antipsicóticos o con catatonia. TEC no se ha estudiado sistemáticamente en la juventud con trastornos del espectro esquizofrénico. El médico debe sopesar los riesgos y beneficios relativos de la TEC en contra de la morbilidad de la enfermedad, las actitudes del paciente y su familia, y la disponibilidad de otras opciones de tratamiento. Obtener el consentimiento informado de los padres, incluyendo una discusión detallada de los posibles déficits cognitivos, es necesario.

### **CONCLUSION**

Aunque poco frecuentes, las alteraciones psicóticas durante la infancia tienen graves consecuencias en el desarrollo personal o del adolescente, tanto por la gravedad de la propia enfermedad como momento evolutivo en que aparecen. La denominada esquizofrenia precoz o muy precoz se caracteriza por su inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia y por tener un pronóstico muy poco favorable. Además, representa una tremenda carga el niño o el adolescente que está desarrollando cambios evolutivos. De este hecho deriva la importancia y la necesidad de un diagnóstico efectivo, rápido y realizado dentro de una valoración diagnóstica global y completa.

Para terminar solo podemos decir que el tratamiento de un niño psicótico va a ser necesariamente prolongado, utilizando en forma más o menos combinada, y según los casos, los recursos de una intervención psicoterápica, muy especializada y de un ambiente institucional adecuado, proporcionando poco a poco al niño la ocasión de vivir nuevas relaciones estructurales que le llevan a abandonar, aunque no sin dificultades, sus posiciones psicóticas y a reemprender una genuina individuación. Tratamiento de seguimiento regular de los síntomas específicos y síndromes como los trastornos del estado de ánimo, ansiedad y abuso de sustancias, y el empleo de apoyos psicosociales disponibles presentan la mejor relación riesgo beneficio en esta población. Los recursos disponibles en la comunidad pueden incluir los servicios basados en la familia, manejo de casos y apoyo terapéutico en la escuela o en casa. Otro componente importante del tratamiento es la educación de la familia con respecto a la efectividad de los tratamientos para reducir el riesgo de transición a un trastorno psicótico primario junto con los riesgos conocidos de intervenciones



## **PSICOSIS INFANTIL, LA REALIDAD QUE PERTURBA EL DESARROLLO. A PROPÓSITO DE UN CASO**

específicas, como los antipsicóticos. Claramente, se necesitan estudios adicionales de intervenciones psicosociales y agentes farmacológicos alternativos.

### **BIBLIOGRAFÍA**

1. DSM IV. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. ed. 4<sup>a</sup>. American psychiatric association, Washington 1994.
2. CIE-10. Décima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento. Meditor. Madrid 1994.
3. DSM V. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. ed. 1<sup>a</sup>. American psychiatric association, Washington 2014.
4. AJURIAGUERRA; J. De psychoses de l'enfant .Manuel de psychiatrie de l'enfant.Masson, 1974, 2 da, édit.
5. Pombo Sánchez A. Cuadernos de psiquiatría y psicoterapia del niño y del adolescente. Sociedad española de psiquiatría, Madrid. 2006.
6. Evaluation and Treatment of Children and Adolescents with Psychotic Symptoms  
Sibel A, James Yi, Monica. Center for Neurobiology and Behavior. Department of Psychiatry, University of Pennsylvania. Curr Psychiatry Rep. 2012 April ; 14(2): 101-110.  
doi:10.1007/s11920-012-0258-y
7. The Prodrome and Clinical Risk for Psychotic Disorders. Sandra M. Goulding, MPH, Carrie W. Holtzman. Child Adolesc Psychiatr Clin N Am. 2013 October; 22(4): 557-567.  
doi:10.1016/j.chc.2013.04.002
8. Simon AE, et al. Defining subjects at risk for psychosis: a comparison of two approaches. Schizophr Res. 2006; 81(1):83-90. [PubMed: 16297599]
9. Miller TJ, et al. Prospective diagnosis of the initial prodrome for schizophrenia based on the Structured Interview for Prodromal Syndromes: preliminary evidence of interrater reliability and predictive validity. Am J Psychiatry. 2002; 159(5):863-5. [PubMed: 11986145]
10. Klosterkotter J, et al. Diagnosing schizophrenia in the initial prodromal phase. Arch Gen Psychiatry. 2001; 58(2):158-64. [PubMed: 11177117]
11. Miller TJ, et al. Prodromal assessment with the structured interview for prodromal syndromes and the scale of prodromal symptoms: predictive validity, interrater reliability, and training to reliability. Schizophr Bull. 2003; 29(4):703-15. [PubMed: 14989408]